Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 131 del 7 giugno 2000 - Serie generale

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Mercoledì, 7 giugno 2000** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 85081

N. 89

MINISTERO DELLA SANITÀ

DECRETO MINISTERIALE 24 aprile 2000.

Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000».

S O M M A R I O

MINISTERO DELLA SANITÀ

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELLA SANITÀ

DECRETO 24 aprile 2000.

Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000».

IL MINISTRO DELLA SANITÀ

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DEL TESORO, DEL BILANCIO
E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

E

IL MINISTRO PER LA SOLIDARIETÀ SOCIALE

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998, recante «Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000», con particolare riguardo al relativo Obiettivo IV, laddove è prevista l'articolazione degli obiettivi in uno specifico progetto obiettivo materno-infantile, in cui sviluppare anche un Piano di azioni dirette alla tutela della salute della donna, in tutte le fasi della vita e negli ambienti di vita;

Visto il parere espresso dal Consiglio superiore di sanità nella seduta del 26 maggio 1999;

Visto l'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria, come sostituito dall'art. 1 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale», con particolare riguardo al relativo comma 11, sulla procedura di adozione dei progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale;

Visto l'art. 9 del decreto legislativo 27 agosto 1997, n. 281, concernente in particolare le funzioni della Conferenza Stato-città ed autonomie locali unificata, per le materie ed i compiti di interesse comune, con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;

Preso atto dell'intesa raggiunta nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, unificata con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali, nella seduta del 16 marzo 2000;

Decreta:

Art. 1.

È adottato il progetto obiettivo materno-infantile, relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, nel testo di cui all'intesa tra Stato e Conferenza unificata, allegato come parte integrante del presente decreto.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 24 aprile 2000

Il Ministro dalla sanità
BINDI

Il Ministro del tesoro, del bilancio
e della programmazione economica
AMATO

Il Ministro per la solidarietà sociale
TURCO

ALLEGATO

PROGETTO OBIETTIVO MATERNO INFANTILE

(PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000)

1. PREMESSA

La tutela della salute in ambito materno infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi sociosanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato, infatti, nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale.

Negli ultimi trenta anni nel nostro Paese la dinamica demografica ha subito notevoli cambiamenti e si sono registrati importanti progressi nell'assistenza alla madre ed al bambino rilevabili dall'andamento dei principali indicatori.
La riduzione della propensione, sin dalla fine degli anni '70 a procreare (misura dell'indice di fecondità) interessa tutte le Regioni italiane, determinando non solo la nota caduta dei relativi livelli, ma modificando anche le caratteristiche strutturali del comportamento riproduttivo, quali l'ordine e la cadenza delle nascite.

La riduzione della fecondità ha avuto l'effetto di portare verso i livelli medi europei le regioni del meridione, ma non quello di ridurre il divario tra il Nord ed il Mezzogiorno del Paese.
Nei primi quattro anni degli anni '90 la riduzione dell'indice di fecondità (-10,3%) prosegue con maggiore rapidità nelle regioni meridionali (-14,0%) rispetto a quelle centrali (-9,9%) e ancora più rispetto a quelle settentrionali (-7,1%).

L'innalzamento dell'età media al parto sia per le prime nascite che per la prosecuzione della discendenza delinea soprattutto una tendenza a posticipare l'inizio della vita riproduttiva ma, in parte, anche un recupero di fecondità in età matura.
Le donne che danno alla luce il primo figlio, infatti, alla fine degli anni '80 hanno una media oltre un anno e mezzo in più rispetto al 1980 (da 25,1 a 26,7) e un anno in meno rispetto al 1994 (27,7).

Anche in questo caso l'evoluzione del fenomeno tende ad ampliare, piuttosto che a ridurre, le differenze territoriali. Nel 1980, ad esempio, le madri del Mezzogiorno sono più giovani di circa un anno rispetto a quelle del Nord e del Centro.
Le differenze tendono ad ampliarsi per tutti gli anni '80, fino agli inizi degli anni '90; nel 1994 il divario tra età delle madri del Mezzogiorno e quelle del Centro-Nord raddoppia.
I cambiamenti dei comportamenti riproduttivi delle coppie hanno determinato una riduzione del numero di nascite, anche se con intensità diversa a seconda della vitalità.

La riduzione del numero di nati vivi negli anni '80 (circa 80000 unità in meno con un decremento del 12%) prosegue fino ai primi anni '90 e, in soli quattro anni, si rileva una riduzione di circa 36000 unità (pari ad un decremento del 6,4%).

La mortalità materna, la mortalità neonatale, perinatale, e la nati-mortalità rappresentano indici importanti per valutare lo stato dell'assistenza sociosanitaria nel settore materno infantile e, più in generale, il grado di civiltà raggiunto da una Nazione.

La mortalità materna (morti materne su 100000 nati vivi) si è ridotta da 53,6 per 100000 nati vivi nel 1970 a 5,6 nel 1995. C'è da sottolineare che con dati numerici per fortuna così piccoli anche una sola morte materna può determinare variazioni importanti del rapporto di mortalità.

La riduzione è continua e progressiva in tutte le ripartizioni geografiche con il trascorrere degli anni.
Tutto ciò è sicuramente da mettere in relazione al fatto che ormai da molti anni in Italia le gravidanze a rischio vengono identificate precocemente e la tutela sanitaria della gravidanza permette un attento controllo della stessa.

Nel nostro Paese, dall'applicazione della legge n.194/78, sulla base dei dati forniti delle Regioni, una sola morte si è verificata in corso di interruzione volontaria di gravidanza, così come trascurabili possono essere considerate le complicanze immediate all'intervento, nell'ordine del 2-3 per mille, in linea con quanto riportato da tutti i Paesi industrializzati.

Per quanto concerne il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234801 casi) si è potuto osservare, al 1997, una riduzione del 40,2% dei valori assoluti e del 43,0% del tasso di abortività (n. IVG/1000 donne in età feconda 15-49 anni), testimonianza di una crescente attenzione alla prevenzione.
Il numero di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate da minorenni dal 1986 è stabile (circa 3 per 1000 minorenni).
Inoltre, il fenomeno dell'aborto clandestino risulta in costante flessione. Infatti, secondo stime elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità attraverso l'utilizzo di modelli matematici gli aborti clandestini effettuati in Italia prima della legge n. 194/78 risultavano essere 350000; nel 1983 pari a 100000 e nel 1997 sono stati stimati in 30500.

Dal 1981 al 1994 l'espletamento del parto naturale è passato dal 73,3% al 68,1%; il ricorso al Taglio Cesareo è passato dal 12,6% al 24,9%; i parti operativi nello stesso periodo si sono dimezzati.
La mortalità perinatale (nati morti e morti a meno di una settimana di vita per 1000 nati vivi) nel 1995 ha raggiunto l'8,1 per mille nati vivi, rispetto al 31,2 del 1970, anche se permangono ancora delle differenze in diverse aree del Paese.
Negli anni si è assistito in Italia ad una notevole riduzione dei tassi di mortalità infantile (morti nel primo anno di vita per 1000 nati vivi) nel 1995 ha raggiunto il 6,2 per mille nati vivi, rispetto al 29,6 nel 1970; tale riduzione si è però verificata prevalentemente a carico della mortalità post-neonatale (dal 1° al 12° mese di vita), mentre quella nel 1° mese (mortalità neonatale totale) ed in particolare quella della 1° settimana di vita (mortalità neonatale precoce) ha presentato un andamento assai meno confortante soprattutto nelle regioni meridionali.

Anche in termini strettamente sanitari il quadro dei bisogni è mutato: malattie respiratorie e malattie infettive non sono più cause primarie di mortalità, mentre compaiono ai primi posti, accanto alle cause perinatali, le malattie genetiche, le malformazioni, i traumi, i tumori.

Il tasso di basso peso alla nascita (<2500 gr) nel 1995 è stato del 4,7% (4,1% nei maschi e 5,3% nelle femmine) e negli ultimi cinque anni non ha mostrato significativi cambiamenti.

Il numero di nascite da donne di età 15-19 anni mostrano marcate differenze geografiche: nel 1995 la più alta percentuale si è riscontrata in Sicilia (circa il 5% di nati vivi da madri di età inferiore ai 20 anni) e la più bassa in Liguria (meno dell'1%).

Il sistema vaccinale italiano ha consentito il raggiungimento di risultati soddisfacenti, in linea con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000, per le vaccinazioni dell'infanzia contro difterite, tetano, poliomielite, epatite virale B, mentre altrettanto non può dirsi per le vaccinazioni non obbligatorie contro la pertosse, il morbillo, la rosolia, l'haemophilus influenzae tipo B, per le quali il PSN ha posto i medesimi obiettivi indicati per le vaccinazioni obbligatorie.
Secondo una indagine compiuta dall'I.S.S. nel 1998 per la valutazione della copertura vaccinale nei bambini da 12 a 24 mesi di età (studio ICONA), la copertura vaccinale per difterite, tetano, poliomielite, epatite virale B raggiunge il 95% in quasi tutte le Regioni italiane (fanno eccezione la Campania, il Molise e per la poliomielite anche la Provincia Autonoma di Bolzano); per le altre vaccinazioni invece la copertura rilevata sul territorio nazionale è insufficiente e non allineata alle indicazioni del PSN 1998-2000 e ai valori osservati negli altri Paesi europei dove la copertura è largamente superiore.

Il tasso di ospedalizzazione, inteso come rapporto tra il numero dei bambini 0 – 14 anni ricoverati sul totale dei bambini residenti in Italia, è stato per il 1998 pari a 124 per 1000 con differenze regionali particolarmente significative: si passa infatti dal 74 per 1000 del Friuli Venezia Giulia al 161 per mille della Puglia. Nella distribuzione dell'età pediatrica in fasce d'età, risultano elevati i tassi di ospedalizzazione da 0 ad 1 anno (452 per mille) e da 1 a 4 anni (172 per 1000).
La prima causa di ospedalizzazione nella fascia di età 0 – 14 anni sono le malattie dell'apparato respiratorio di cui sono affetti circa il 20% di tutti i bambini ricoverati. Seguono le condizioni morbose di origine perinatale (14%), i traumatismi e avvelenamenti (11,5%) e le malattie dell'apparato digerente (9%).

La mortalità per tumori dell'utero è diminuita di oltre il 50 % negli ultimi 40 anni, passando da 14 casi ogni 100000 donne nel 1955 a 6 casi ogni 100000 donne nel 1990.
Dai dati forniti dall'Associazione Italiana Registri Tumori in Italia (anno 1994) si stima siano diagnosticati circa 3600 nuovi casi per cervico-carcinoma e registrate circa 1700 morti, mentre per il carcinoma del corpo dell'utero si stima siano diagnosticati circa 6300 nuovi casi e registrate circa 2500 morti.

Per quanto riguarda il tumore della mammella nel 1994 sono state registrate 11343 morti e si stima che ogni anno a più di 31000 donne venga diagnosticata questa malattia.

Il Piano Sanitario Nazionale (P.S.N.) per il triennio 1998 – 2000, sulla base dell'attenta analisi del quadro epidemiologico del Paese, individua gli obiettivi di salute. Tra le aree privilegiate, in quanto riconosciute rappresentative di priorità si colloca l'area materno infantile

Nel P.S.N. sono messi in relazione obiettivi e risorse, principi ed azioni delineando le strategie di cambiamento che trovano compiuta definizione nel Decreto Legislativo di riordino del SSN del 19 giugno 1999, n. 229.

Esso dà inizio ad un processo di trasformazione strutturale dei servizi e ridefinisce i livelli assistenziali filtrandoli attraverso le strutture operative che rappresentano l'impalcatura delle Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.).

Le A.S.L., infatti, garantiscono tali livelli essenziali, uniformi ed appropriati di assistenza e definiscono specifici percorsi dei pazienti e comunque delle fasce di popolazione a rischio per cui si prevedono peculiari interventi in ambito di prevenzione primaria e secondaria, attraverso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) che si collocano sul versante dei produttori e/o erogatori di prestazioni sanitarie.

Il P.S.N., e quindi i Progetti Obiettivo (P.O.) che ne derivano, non possono non tener conto della complessità che anche sul piano organizzativo e gestionale, nel rispetto dell'autonomia che caratterizza il versante regionale ai sensi dell'art.2 del D. L.vo n.502/92, contraddistingue gli interventi delle strutture operative del S.S.N..

Tale complessità si esprime attraverso un sistema di interdipendenze fra le strutture che si estende per necessità, nell'area materno infantile, all'ambito interistituzionale L'individuazione degli obiettivi e delle responsabilità avviene nel rispetto delle diverse funzioni di governo tra Stato, Regioni, Aziende ed Enti Locali.

Si mira all'integrazione e cooperazione tra i livelli istituzionali, cercando di individuare una effettiva responsabilità di programmazione e di gestione. Così i Comuni hanno un loro protagonismo con in primo piano il ruolo dei Sindaci nella definizione e valutazione degli obiettivi della programmazione, le Regioni devono assicurare a tutti gli stessi livelli di assistenza e lo Stato deve garantire, da parte sua, che la tutela della salute sia davvero uniforme su tutto il territorio nazionale.

La necessità di attuare una forte integrazione fra interventi prettamente sanitari e sociali costituisce una previsione già espressamente richiamata in precedenti atti del Governo e del Parlamento italiano. Il Piano d'azione del Governo italiano per l'infanzia e l'adolescenza dell'aprile 1997 e la Legge n. 451 del 23.12.1997 che ha previsto l'istituzione della Commissione parlamentare dell'infanzia e l'Osservatorio nazionale per l'infanzia sono atti dove l'elemento integrazione assurge a strategia globale per lo sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza.

In generale per servizi socioassistenziali si intendono quelli discendenti dall'esercizio delle funzioni attribuite ai comuni singoli o associati di cui alle normative statali ex DPR n. 616/77, ex legge n. 142/90, ex Decreto L.vo n.112/98 e specificamente dal Decreto L.vo n. 229/99 .

Quest'ultimo atto governativo ha definito in termini più precisi l'integrazione sociosanitaria prevedendo a riguardo l'emanazione di un atto di indirizzo e coordinamento in materia, rendendo in questo modo concreta la possibilità di attuare tutte le possibili forme di collaborazione ed integrazione tra Aziende Sanitarie, Enti Locali, Autorità Giudiziaria Minorile, istituzioni scolastiche, ecc.

Per garantire inoltre unità, efficienza e coerenza negli interventi dell'area materno infantile, vista l'afferenza in essa di molteplici discipline tra loro omogenee, affini e complementari, è necessario prevedere l'organizzazione di tutti i fattori produttivi utili alla migliore realizzazione di un sistema integrato di servizi alla persona secondo un modello organizzativo di tipo dipartimentale, così come sancito dall'art. 17 bis del D.L.vo n.229/99.

In tale ottica, all'interno di un contesto che rispetti comunque la completa attuazione del processo di aziendalizzazione, è necessario individuare modelli organizzativi dipartimentali dell'area materno-infantile capaci di sinergizzare le attività delle Aziende territoriali e ospedaliere valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative, in particolare, a livello orizzontale, il Dipartimento della Prevenzione (D.P.) e, a livello verticale, il Distretto che diviene il bacino privilegiato per la pianificazione degli interventi in ambito territoriale e per la realizzazione del Piano Attuativo Locale, tenuto conto anche della necessità di integrare tutti gli interventi sanitari e sociali a livello territoriale.

La funzione di coordinamento, svolta dall'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile attiene a tutte le fasi di sviluppo del progetto e si riferisce unitariamente agli interventi di tipo preventivo, curativo e riabilitativo.

Secondo le indicazioni del P.S.N. vanno valorizzate le attività dei Consultori familiari, prevedendone l'integrazione nella rete dei servizi.

Pur restando prioritario l'obiettivo di ridurre la mortalità perinatale a livelli inferiori all'otto per mille in tutte le Regioni entro il 2000, eliminando le differenze tra le varie aree geografiche, non meno importanti risultano altri obiettivi da perseguire allo scopo di salvaguardare le fasce più deboli e di garantire maggiore uniformità dei livelli essenziali di assistenza:

- estendere l'offerta del Pediatra (P.L.S.) a tutti i bambini, con inserimento immediato alla nascita e confluenza nei medesimi elenchi di tutti i soggetti disabili in età minorile e di quelli inclusi nelle fasce sociali più deboli (immigrati, ecc.), con garanzia di percorsi preferenziali per l'accesso e la tutela sanitaria e socio – assistenziale dei soggetti affetti da malattie ad andamento cronico e/o disabilità, da malattie rare, da malattie su base genetica, ecc.
- incrementare con graduale progressione l'offerta attiva e la fruizione dei servizi a favore degli adolescenti.
- promuovere il soddisfacimento dei bisogni sociosanitari e assistenziali dei minori, fornendo la necessaria collaborazione agli Enti Locali, con particolare riferimento ai problemi connessi al maltrattamento e abuso, al disagio ed alla dispersione scolastica, ai problemi dell'adolescenza, della marginalità, specie per i bambini immigrati, alla presenza in comunità, il sostegno degli affidamenti familiari, le attività connesse agli iter adottivi previsti dalla legge n. 184/83 e dalla legge n. 476/98, gli interventi psicodiagnostici in attuazione del D.P.R. n. 448/88 in materia di provvedimenti penali relativi ai minorenni.
- garantire un efficace servizio di urgenza – emergenza ostetrico – ginecologica e pediatrica 24/24 ore, con integrazione tra strutture ospedaliere ad hoc e servizi territoriali;
- garantire la tutela della salute della donna in tutte le fasi della vita con particolare riferimento alle possibili espressioni della sessualità, alle scelte di procreazione cosciente e responsabile anche in riferimento alla prevenzione dell'interruzione volontaria della gravidanza, al sostegno del percorso nascita, all'assistenza alla gravidanza fisiologica, alla prevenzione e trattamento delle patologie materno - fetali.
- assicurare processi assistenziali tendenti alla sempre maggiore umanizzazione dell'evento nascita, coniugando la possibilità di far coesistere la sicurezza per la partoriente ed il nascituro ed il rispetto di quanto desiderato dalla donna in questa fase così delicata del suo ciclo vitale.
- attivare progetti di assistenza domiciliare puerperale, con lo scopo di sostenere le fasce socialmente più deboli, promuovere l'allattamento al seno, favorire il migliore inserimento del nuovo nato nel nucleo familiare.
- promuovere, d'intesa col D.P., programmi di prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile e di interventi per l'età post-fertile.

In tale modo il P.O. materno infantile diviene effettivamente un processo di implementazione degli obiettivi di salute attraverso l'individuazione di modelli organizzativi ed il perseguimento di obiettivi gestionali che, nell'ottica del mantenimento del processo di aziendalizzazione e salvaguardando quindi l'efficienza delle strutture, garantiscano l'unitarietà degli interventi secondo la logica dei percorsi che non concernono più solo il singolo ma che sono in grado di ampliare l'osservazione a unità più complesse quali ad esempio la famiglia.

2. IL PERCORSO NASCITA

La gravidanza ed il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato.

E' necessario che ad ogni parto venga garantito un livello essenziale ed appropriato di assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica.

L'offerta dei servizi ospedalieri ostetrici e pediatrici/neonatologici non può prescindere da un'organizzazione a rete su base regionale o interregionale articolata in tre livelli, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali, in modo da garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziali della singola persona e appropriatezza ed efficacia delle cure erogate.

In tale contesto deve essere posta particolare attenzione, in sede di programmazione regionale, affinché si consegua una uniformità di livello assistenziale tra U.O. ostetriche e U.O. neonatologiche-pediatriche. Nelle rare realtà caratterizzate dall'esistenza in un'Azienda di Unità Operativa di Neonatologia (U.O.N.) dotata di Unità di Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.), ma non di U.O. ostetriche o viceversa, i contratti interaziendali ex D.L.vo 502/1992 e D.L.vo 517/1993 garantiscono un'integrazione funzionale interaziendale che permette di superare gli effetti negativi dell'anomalia strutturale aziendale.

L'assistenza alla gestante è affidata alle U.O. ostetrico-ginecologiche, del livello considerato, ed è soddisfatta da personale specializzato (ostetrico-ginecologico) dei ruoli laureati delle suddette U.O., dalle ostetriche e da personale dei ruoli infermieristici e tecnici, appartenente all'Area Funzionale Omogenea (A.F.O.) ospedaliera e dal Consultorio Familiare.

La tutela della salute delle donne gravide che afferiscono a strutture di I o II livello e dei feti, di fronte all'evidenziarsi di situazioni cliniche richiedenti trattamenti di livello superiore è garantita dall'obbligo dell'ostetrico-ginecologo di guardia di accertare clinicamente e strumentalmente gli elementi di rischio materni e/o fetali che indicano l'opportunità di un trasferimento e dall'efficienza di un servizio di trasporto della gravida.

L'assistenza al neonato è affidata, a seconda del livello considerato, all'Unità Operativa di Neonatologia e Patologia Neonatale (U.O.N. – P.N.) (con o senza U.T.I.N.) o all'Unità Operativa di Pediatria e Assistenza Neonatale (U.O.P. – A.N.) ed è soddisfatta da personale specializzato (pediatra, neonatologo) dei ruoli laureati delle suddette U.O. e da personale dei ruoli infermieristici e tecnici, anch'esso con competenze specifiche pediatrico/neonatologiche, appartenente all'Area Funzionale Omogenea (A.F.O.) ospedaliera.

Le U.O. ostetriche, con le U.O.N. – P.N. (con o senza T.I.N.) e le U.O.P. – A..N. afferiscono all'organizzazione dipartimentale di appartenenza. E' importante che in ambito dipartimentale si attui una stretta collaborazione interdisciplinare tra il personale non medico con adeguate qualifiche in ambito ostetrico e pediatrico/neonatologico.

Per ognuno dei tre livelli assistenziali ospedalieri sopra richiamati, per funzioni e standard di organizzazione strumentale e di personale, si rimanda all'Allegato 1 al presente documento, fermo restando che l'individuazione degli stessi rappresenta per le Regioni un indirizzo orientativo da adattare alle proprie esigenze di programmazione sanitaria.

Nell'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile., nella definizione del livelli funzionali, di norma, le U.O. di ostetricia e le U.O.N. – P.N. e/o U.O.P. – A.N. operano a livello corrispondente.
Un livello superiore deve erogare oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle indicate per i livelli inferiori, perciò, ove non indicati, si intendono sempre richiesti per il livello superiore i requisiti previsti nel livello inferiore.

In condizioni territoriali caratterizzate, per esempio, da Regioni piccole e con pochi punti nascita, da condizioni orogeografiche particolari, ecc. può essere ragionevole programmare, sia per l'assistenza ostetrica che pediatrico/neonatologica, soltanto due livelli: per esempio il I e il II, se il bacino di utenza è territorialmente limitato ed è possibile fare afferire le gravide e i neonati ad alto rischio ad una Azienda o Regione limitrofa dotata di III livello ostetrico e U.O.N. – P.N. – U.T.I.N.; oppure attivare solo il I e il III livello, per limitare i costi di strutture di II livello sottooccupate.
Al fine di salvaguardare le esigenze assistenziali nei territori montani, le Regioni si impegnano a garantire, nell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica, una organizzazione atta a rispondere ai bisogni specifici della popolazione.
Nella programmazione regionale, particolare attenzione va posta al coordinamento tra le strutture operative di I, II, e III livello onde garantire adeguati livelli assistenziali nei territori montani, ferma restando la necessità di assicurare livelli di attività tali da garantire la qualità delle prestazioni.

Nessuna azione è ovviamente realizzabile se non ne esistono i presupposti organizzativi.
Si deve tuttavia rilevare che per quanto concerne l'organizzazione dei punti nascita esistono tutt'ora notevoli difformità, in termini di ambienti, attrezzature disponibili e personale dedicato.

Appropriatezza ed efficacia, qualità e sicurezza unitamente alla promozione e tutela della salute sono alla base del Piano Sanitario Nazionale.
Adeguare le strutture sanitarie a standard strutturali, tecnologici ed organizzativi adeguati rispetto alle specifiche esigenze di salute ed alle modalità di erogazione delle prestazioni significa affermare la cultura della qualità e della sicurezza, secondo gli standard tendenziali di cui all'allegato.
Uno degli obiettivi del PSN è proprio quello della uniformità dell'assistenza alla nascita nelle varie aree del Paese.

Le Regioni, nell'ambito dei servizi afferenti all'area della Emergenza (D.E.A., servizio 118 ecc.) devono formalizzare il Servizio di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.) ed il Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (S.T.E.N.).

Infine, particolare attenzione va posta, in tutto il percorso assistenziale alla sempre più frequente presenza di cittadini non italiani, in particolare extracomunitari. A queste donne deve essere garantita la comunicazione interculturale e la garanzia di assistenza specialistica nei casi di portatrici di mutilazioni genitali.

PERCORSO NASCITA		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
- *Umanizzazione*	- *Corsi pre-parto* - *Qualificazione del personale* - *Presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio ed il parto* - *Sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto* - *Attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino* - *Rooming-in* - *Assistenza al puerperio*	- *N° corsi attivati* - *Percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi* - *N° corsi qualificazione attivati* - *Percentuale di strutture che hanno attivato percorsi di demedicalizzazione del parto e facilitanti il contatto madre-bambino* - *Percentuale di parti con presenza di persona indicata dalla donna* - *Percentuale di strutture dipartimentali che permetono rooming-in*
- *Salvaguardia della gravida e del neonato:* - *Almeno 80% delle gravide e dei neonati ad alto rischio assistiti al III livello* - *Riduzione dei Tagli Cesarei in particolare nelle strutture di I e II livello*	- *Afferenza al punto nascita competente per bisogni di salute*	- *Percentuale di gravide e neonati ad alto rischio assistiti al III livello* - *Percentuale di T.C. per livello* - *Percentuale di clienti soddisfatti*
- *Promozione allattamento al seno:* - *Incremento, nel corso del triennio, della percentuale di allattamento precoce al seno (entro le 24 ore)* - *Verifica iniziative di promozione della pratica dell'allattamento al seno oltre il 3° mese*	- *Corsi pre-parto e di assistenza post-nascita* - *Qualificazione del personale* - *Attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino*	- *N° corsi attivati* - *Percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi* - *Percentuali di donne assistite nel post nascita* - *N° corsi qualificazione attivati* - *Percentuali di strutture che hanno attivato percorsi* - *Percentuale di allattamento al seno sul totale dei nati, alla dimissione* - *Percentuale delle donne che allattano dopo il terzo mese*
- *Prevenzione e trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino, della prematurità, delle malformazioni maggiori e delle altre patologie fetali*	- *Individuazione di protocolli di prevenzione pre-concezionale, di diagnosi prenatale e di terapia materno – fetale e neonatale* - *Registro regionale e nazionale dei neonati con peso estremamente basso* - *Registro regionale e nazionale per le malformazioni congenite*	- *Incidenza di patologia materna per livello* - *Percentuale di servizi che hanno attivato protocolli di diagnosi prenatale e di terapia materno – fetale e neonatale* - *percentuali di diagnosi e valutazione dei trattamenti prenatali nei casi di grandi ritardi di accrescimento*

		- *Percentuale di neonati sopravvissuti, degli esiti a distanza, dei pretermine e dei ritardi di crescita* - *Percentuale di patologie fetali adeguatamente assistite*
- *Prevenzione secondaria dell'ipotiroidismo connatale e delle malattie su base genetica: Tendenza alla copertura totale dei nuovi nati e follow-up*	- *Attivazione del registro delle malattie interessate dagli screening neonatali*	- *Percentuale di bambini sottoposti a screening* - *Percentuale bambini assistiti con terapia*
- *Dimissioni protette e dimissione precoce*	- *Attivazione della rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato*	- *Percentuali di neonati con patologie assistiti a domicilio* - *Percentuale dei puerperi assistiti a domicilio*
- *Favorire avvicinamento – contatto puerpera – neonato (anche patologico)*	- *Collegamento funzionale – strutturale tra area ostetrico-ginecologica e area pediatrica-neonatologica: applicazione di norme regionali di indirizzo per l'area ospedaliera materno-infantile miranti a favorire l'integrazione operativa tra U.O.O. Ostetrica e U.O.O. neonatologica-pediatrica soprattutto in fase di riordino-ristrutturazione dei reparti* - *Adeguamento strutturale al fine di facilitare il rooming-in e l'allattamento al seno*	- *.percentuale di U.O. ostetriche e neonatologiche/pediatriche integrate* - *percentuale di mamme che possono stare con il bambino* - *percentuale di gestanti che hanno avuto accanto la persona di fiducia durante il travaglio-parto* - *Percentuale di strutture adeguate al rooming-in e all'allattamento al seno*
- *Favorire la sicurezza degli utenti e degli operatori*	- *Applicazione legge n. 626/94: piano d'Azienda*	- *percentuale di strutture adeguate alla 626//94*
- *migliorare la sicurezza in ambiente di lavoro*	- *Integrazione tra D.P. e area ospedaliera dell'organizzazione dipartimentale attraverso predisposizione piani regionali e aziendali per il controllo e la valutazione periodica dell'efficienza delle attrezzature e loro tournover* - *Predisporre misure di prevenzione degli incidenti sul lavoro, particolarmente nelle aree di assistenza intensiva* - *Registro degli incidenti sul lavoro con indicazione delle cause* - *Rispetto dei piani di emergenza aziendali in rapporto alla normativa ed alle indicazioni regionali*	- *Percentuali di U.O. che hanno attivato il registro delle attrezzature* - *Percentuale di apparecchiature sottoposte a valutazione* - *Percentuale di apparecchiature obsolete o non a norma rimosse* - *percentuale di incidenti sul lavoro specifici* - *Percentuali di strutture che hanno piani di emergenza adeguati alla normativa.*

2.1 TRASPORTO MATERNO E NEONATALE

Il trasporto della gravida e del neonato deve essere considerato una componente essenziale di un piano di regionalizzazione delle cure perinatali. Quando le condizioni che hanno richiesto il trasferimento del neonato si sono risolte, si raccomanda il suo ritorno presso l'Ente trasferente, al fine di ridurre i disagi organizzativi delle famiglie ed i costi assistenziali.

Il Servizio di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.) deve essere realizzato sulla base di un collegamento funzionale tra strutture territoriali e strutture di ricovero collegate in rete tra loro e con le reti regionali dell'emergenza – urgenza sanitari territoriale (Servizio 118). Quando possibile il trasporto materno deve essere programmato e prevedere il collegamento continuo tra struttura inviante e ricevente. Il trasporto assistito materno può essere affidato, purché in presenza di ostetrica e se necessario di ostetrico-ginecologo, ai mezzi operativi afferenti ai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza ed Accettazione (D.E.A.) di I e II livello secondo le linee guida per il sistema di emergenza-urgenza, elaborate dal Ministero della Sanità in applicazione del D.P.R. 27.03.1992.

Anche in presenza di una corretta organizzazione assistenziale che preveda il trasferimento della gravidanza a rischio, circa l'1 % dei nati vivi può avere la necessità di essere trasferito.

Anche il Servizio di Trasporto ed Emergenza Neonatale (S.T.E.N.) deve essere collegato con le reti regionali dell'emergenza-urgenza sanitaria territoriale (118). I vantaggi previsti con l'attivazione di questo servizio saranno conseguiti soltanto nelle aree in cui sarà possibile attivare tutti i posti letto di Terapia Intensiva Neonatale necessari.

Le Regioni, nell'ambito degli interventi di programmazione devono formalizzare lo S.T.E.N. attuando i modelli operativi ritenuti più rispondenti ai bisogni della propria realtà territoriale.

Il trasporto neonatale rappresenta la cerniera di collegamento tra punto nascita periferico e centro di riferimento di III livello e quindi deve provvedere ad un rapido, efficace e sicuro trasporto dei neonati che hanno bisogno di un livello assistenziale superiore a quello offerto dall'ospedale di nascita.

L'attività di trasporto deve essere espletata da personale con provata esperienza di Terapia Intensiva Neonatale e non dovrebbe, di norma, essere effettuata a cura del punto nascita che generalmente dispone di minori risorse quantitative e qualitative di personale e di attrezzature.

L'attività professionale del personale addetto al trasporto neonatale non si esaurisce unicamente nell'assistenza durante le fasi di trasporto, ma comprende anche forme di consulenza, per situazioni di rischio perinatale, e di aggiornamento professionale, che devono essere oggetto di specifici accordi tra Enti, anche ai fini delle remunerazioni accessorie.

Ogni servizio può essere costituito, a seconda delle esigenze e dei bacini di utenza, da una o più Unità Operative.

Considerate le differenti situazioni locali, le singole Regioni nell'ambito delle norme applicative dei P.S.R. devono predisporre direttive sui criteri essenziali e sulle indicazioni relative al trasferimento delle gravidanze a rischio e del neonato patologico per facilitare l'accesso della gravida e del neonato alle strutture di livello corrispondente ai bisogni di salute materno – fetali e neonatali.

Si riportano in Allegato 2 i requisiti e gli standard di fabbisogno indicativi per il trasporto materno e neonatale rappresentanti indirizzo orientativi alle esigenze di programmazione regionale.

TRASPORTO MATERNO E NEONATALE		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
- *Accesso per il parto alla sede più sicura nel rispetto delle scelte dell'utente e dell'offerta di servizi ai tre livelli* - *Riduzione del trasporto neonatale con corrispondente incremento di quello prenatale*	- *Istituzione di linee di indirizzo regionali per il trasporto della gravida e del neonato con particolare riferimento a:* **criteri indicatori per il trasferimento;* **modalità di trasferimento (con o senza assistenza attiva specialistica)* - *Predisposizione nell'ambito del sistema 118 di percorsi dedicati al trasporto della gravida ad alto rischio e istituzione dello STEN a livello regionale per il neonato*	- *percentuale dei parti a rischio elevato in U.O. di livello non adeguato* - *Percentuale di rispetto delle linee di indirizzo con particolare riguardo ai criteri fissati per il trasferimento della gravida o del neonato (registro dei trasferimenti)* - *Percentuale di percorsi dedicati al trasporto della gravida ad alto rischio attivati sui previsti* - *Percentuale di STEN attivati sui previsti* - *Percentuale del trasporto neonatale e Percentuale del trasporto prenatale*
- *Accettazione da parte dell'utenza dei trasferimenti*	- *Verifica dell'accettazione*	- *Percentuale di accettazione*
- *Servizio di Trasporto Assistito materno (S.T.A.M.)*	- *Attivazione del Servizio di Trasporto Assistito materno*	- *valutazione dell'adeguatezza e dell'efficienza :n° delle strutture che hanno attivato il servizio di trasporto assistito materno; gravidanze a rischio trasferite sul totale delle gravidanze a rischio* - *percentuale di S.T.A.M. attivati sui previsti* -
- *Servizio di Trasporto d'emergenza neonatale (S.T.E.N.)*	- *Attivazione del Servizio di Trasporto d'emergenza neonatale (S.T.E.N.)*	- *valutazione dell'adeguatezza e dell'efficienza.: n° delle strutture che hanno attivato lo S.T.E.N. ,* - *percentuale neonati trasferiti* - *percentuale di S.T.E.R.N attivati sui previsti.*

3 PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

L'Italia per prima ha ritenuto di affidare la tutela della salute dei bambini, per quanto attiene alle cure primarie ed a parte della prevenzione allo specialista pediatra, il Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.), attraverso un'organizzazione a rete diffusa su tutto il territorio nazionale.

Il P.L.S. ha rappresentato un progresso nella qualità e nella uniformità delle cure al bambino, tuttavia esistono ancora punti critici nell'attività di promozione e tutela della salute nell'età pediatrica quali ad esempio:

- L'età di interesse e di competenza del PLS non comprende l'intera età adolescenziale;
- L'azione preventiva e curativa (I livello) del P.L.S. non è adeguatamente coordinata e integrata con le attività di altri servizi (guardia medica, consultorio familiare, pronto soccorso ospedaliero, medicina dello sport, ecc.);
- La copertura oraria offerta dal P.L.S. non garantisce, con l'attuale organizzazione, tutti i bisogni di cura primari, distribuiti nell'arco delle 24 ore,

Molte componenti dell'attività di prevenzione (vaccinazioni, prevenzione degli infortuni, ecc.) devono prevedere un ruolo valutabile di promozione dell'accettazione (attività di educazione sanitaria) ed, eventualmente, un ruolo di erogazione, assicurando la qualità delle prestazioni.

Nel caso della profilassi vaccinale, in base a richieste ed accordi regionali ed aziendali, il P.L.S. può eseguire vaccinazioni per i suoi assistiti, nell'ambito dei programmi del Distretto, in modo tale che sia garantita globalmente l'assistenza specifica, l'offerta attiva delle vaccinazioni, la segnalazione degli eventi avversi, la corretta conservazione dei vaccini, la registrazione e la notifica delle vaccinazioni, la ricerca dei " difficili da raggiungere ", il recupero dei ritardi vaccinali.

Inoltre, la difficoltà di raccordo tra la P.L.S. e la rete di P.C., tuttora carente, fa si che, sino ad oggi, le fasce più deboli e con bisogni molto differenziati (bambini disabili o con gravi bisogni di natura sociale o socio assistenziale o con problemi scolastici, bambini immigrati, ecc.) possono sfuggire ad una appropriata assistenza.

Ne consegue che la grande frammentazione delle cure e la incoerente allocazione delle risorse destinate all'infanzia pesano in modo preoccupante sull'area delle cure primarie e che nella programmazione regionale e locale non è stato dato, sino ad oggi, sufficiente spazio e interesse alla valutazione obiettiva degli interventi territoriali a favore dell'infanzia.

CURE PRIMARIE ALL'INFANZIA E RUOLO DEL PLS

Al P.L.S. compete un ruolo importante nell'assistenza primaria con compiti di prevenzione, educazione sanitaria, diagnosi e cura a livello dell'individuo-bambino.

Essa è rappresentata da circa 7500 pediatri convenzionati con il S.S.N., che riscuotono accettazione e consensi da parte delle famiglie. Purtroppo in alcune aree, o per carenza numerica , o per situazioni orogeografiche penalizzanti, i P.L.S. non riescono a coprire il fabbisogno della popolazione pediatrica; in altri ambiti territoriali sono scarsamente integrati con gli altri servizi territoriali, in primis il Distretto ed i C.F., e con quelli ospedalieri. E' quindi necessario prevedere strumenti adeguati.

Ogni tentativo di integrazione del P.L.S. col Distretto o con l'ambulatorio – D.H. Ospedaliero deve essere quindi incoraggiato al fine di raggiungere percorsi assistenziali efficaci.

Il tentativo di rispondere in modo più soddisfacente nell'ambito delle 24 ore attraverso l'associazione poliambulatoriale è un'iniziativa avviata da alcuni P.L.S. in poche aree e va perseguita, poiché tale associazione in gruppo dei PL.S. può offrire queste possibilità:

- Allargare la casistica di riferimento e quindi l'esperienza clinica;
- Incrementare la possibilità di collegamenti con consulenze di II livello per avere un maggior ruolo nella gestione delle cure primarie;
- Aumentare la possibilità dell'utilizzo dei test diagnostici di base;
- Utilizzare appieno il personale infermieristico dell'ambulatorio associato;
- Sperimentare modelli di continuità assistenziale nella fascia oraria coperta dalla Guardia Medica;
- Essere disponibile a svolgere funzioni di tutore nella formazione dello specializzando (ruolo riconosciuto dalla Scuola di Specializzazione)

Il P.L.S., in stretto collegamento col P.C. e con i servizi facenti capo al Distretto, sia sanitari, sia sociali sia socio-assistenziali, deve contribuire ad evidenziare il disagio del minorenne nell'apprendimento, nei rapporti con la famiglia e con i coetanei, nella maturazione sessuale, ecc., collaborando attivamente anche con le strutture scolastiche.

ASPETTI PROPOSITIVI

- Va favorita ogni iniziativa che consenta al P.L.S. di integrarsi a pieno titolo e con piena responsabilità e dignità professionale nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile, pur nel rispetto di norme contrattuali che ne salvaguardino la piena autonomia.
- L'organizzazione dipartimentale dell'area materno – infantile riconosce nel Distretto l'epicentro operativo – direzionale dell'assistenza territoriale, in particolare per quanto attiene alle cure primarie. Il P.L.S., essendo il principale responsabile del soddisfacimento dei bisogni di una ben definita fascia d'età interagisce funzionalmente con l'organizzazione dipartimentale, nel rispetto delle norme contrattuali e congiuntamente nel rispetto di linee guida, di progetti obiettivo, ecc. condivisi e attuati ai vari altri livelli territoriali.
- L'integrazione delle risorse di personale e delle competenze aggregate nell'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile riconosce al P.L.S. un ruolo essenziale e non eludibile della nuova politica gestionale derivante dal P.S.N. 1998 - 2000, mirante, tra l'altro, alla prevenzione attiva, alla sensibilità verso le fasce deboli della popolazione e alla garanzia dei livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio.
- Il P.L.S. deve perciò essere messo nelle condizioni di provvedere alle cure primarie, considerando i bisogni del bambino nel contesto di quelli della famiglia e non soltanto attraverso interventi di diagnosi e cura meramente sanitari.
- Maggiore attenzione deve essere riservata ai trattamenti domiciliari dei bambini – ragazzi con malattie croniche, i quali, seppure affidati al P.L.S. spesso non trovano risposte assistenziali integrate ed idonei percorsi di assistenza.
- Devono essere attivati meccanismi che, nel rispetto delle regole e della partecipazione attiva all'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile favoriscano l'associazione in gruppo dei P.L.S. e la più completa partecipazione alla soluzione dei bisogni dell'infanzia nell'area dell'urgenza e in quella della diagnostica ambulatoriale e di D.H..
- Per quanto riguarda il rapporto con l'ospedale esistono esperienze di collaborazione con il D.H. e gli ambulatori pediatrici specialistici, che devono essere in ogni modo incentivate. Analogamente i bambini con necessità di ricovero devono essere oggetto di contatti continui tra il P.L.S. curante ed i pediatri dell'U.O. pediatrica, in particolare nella fase di accoglimento ed al momento della dimissione.

- La diffusione della pratica della dimissione precoce della puerpera dai servizi ostetrici (entro 48-72 ore dal parto) comporta per il P.L.S. la presa in carico molto precoce del nuovo nato e della famiglia e richiede un miglior collegamento con l'ospedale ed i servizi territoriali.
  Infatti la popolazione dei neonati precocemente dimessi, e che non necessitano di follow-up ospedaliero, deve afferire all'area delle cure primarie di competenza del P.L.S.: piccoli problemi di avvio dell'allattamento al seno (o, più in generale, dell'alimentazione); controllo dell'ittero fisiologico; monitoraggio della corretta effettuazione degli screening neonatali; aiuto alla coppia e alla famiglia nell'accudimento del nuovo nato e nell'inserimento nel nucleo allargato, soprattutto in presenza di altri figli o parenti conviventi, ecc.
  E' compito dell'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile, nelle more della presa in carico da parte del P.L.S:, assicurare la continuità assistenziale nell'ambito delle attività ambulatoriali pediatriche. Nella fase successiva, il P.L.S. , per eventuali bisogni insorti dopo la dimissione (ittero patologico, necessità di accertamenti di laboratorio, di diagnostica per immagini, ecc.) deve interagire con le strutture ospedaliere di riferimento concordando il programma diagnostico – terapeutico a seconda del livello di prestazioni richieste: ambulatoriali specialistiche, D.H., regime di degenza.
  Inoltre il P.L.S. interagisce con il C.F. con particolare riferimento in quei casi in cui i genitori ad esso abbiano fatto riferimento in passato, oppure in cui si richiedano supporti di natura sociale, socio-assistenziale, ecc. in merito allo stato di salute del piccolo paziente (malformazioni, disabilità, malattie metaboliche o endocrine, malattie ad andamento cronico, ecc.) o alle condizioni culturali, socio-economiche, etniche o ambientali delle famiglie.
  Infine collabora all'opera di educazione sanitaria e di informazione sui comportamenti dei bambini e sui loro bisogni più elementari, seguendo programmi concordati con il C.F. ed il Distretto, effettuando altresì i primi bilanci di salute a conferma dello stato di normalità del nuovo nato e per evidenziare qualsiasi sospetto di patologia, compreso i disturbi della vista, dell'udito e della salute dentale, che possa richiedere accertamenti periodici, anche ai fini delle esigenze dei programmi di terapia della riabilitazione.
  E' fatto carico alle Regioni prevedere, nell'ambito della programmazione, all'interno delle strutture del Distretto, azioni specifiche in merito alla prevenzione primaria quale ad esempio quella dentaria (supplementazione con fluoro, programmi di igiene orale, ecc.) e secondaria (cura della carie, , ecc.).

La presa in carico precoce del bambino comporta la possibilità ed opportunità per il P.L.S. di un suo libero accesso alle strutture ospedaliere, al fine di anticipare la conoscenza del piccolo paziente e di stabilire canali preferenziali di accesso ai servizi specialistici e/o di laboratorio, in caso insorgano a domicilio nuovi problemi imprevisti e/o imprevedibili nell'immediato post-partum o nelle settimane che seguono.
Il P.L.S. deve inoltre essere attivamente coinvolto nei programmi di promozione dell'allattamento al seno, rassicurando e sostenendo la madre nelle difficoltà che incontra.
Ovviamente la presa in carico del nuovo assistito è ancora più delicata nei casi in cui il neonato abbia presentato patologie non del tutto risolte al momento della dimissione (anche se questa avviene a distanza di molti giorni dalla nascita) o sia portatore di esiti non soddisfacenti per i quali venga indicata una strategia assistenziale e di follow-up da parte della struttura che ha trattato la patologia neonatale o la patologia ad andamento cronico-disabilitante.

PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA		
OBIETTIVI	**AZIONI**	**INDICATORI**
- *Anticipazione dell'età di accesso dei neonati – bambini agli elenchi dei PLS e garantire ad ogni bambino-adolescente il suo pediatra e la continuità terapeutica*	- *Estendere l'area pediatrica all'adolescenza secondo indicazioni regionali ed aumentare l'offerta di PLS con progetti regionali sino alla copertura*	- *Percentuale di neonati, bambini, soggetti di età preadolescenziale e adolescenziale affidati al PLS*

- *Privilegiare la prevenzione alla cura*	- *Favorire l'attività di prevenzione effettuando educazione alla salute;*
	- *erogare le misure di prevenzione, in riferimento a:*
	  - *Programmi di immunizzazione*
	  - *infortuni-incidenti*
	  - *rischio sociale*
	  - *alimentazione*
	  - *abusi-maltrattamenti*
		- *Tasso di copertura vaccinale dei suoi assistiti*
		- *Percentuale di bambini vaccinati a tempo secondo la schedula vaccinale*
		- *Incidenza ricorso al P.S. per infortuni-incidenti soprattutto nei primi due anni di vita*
		- *% di bambini in sovrappeso*
		Incidenza casi abuso segnalati e percentuale accertati

- *Qualificare il momento diagnostico terapeutico delle cure primarie dell'infanzia*	- *Informatizzazione* - *Collegamenti rapidi con strutture di diagnosi di II livello* - *Formazione ed aggiornamento teorico pratico*	- *Percentuale di P.L.S. informatizzati e predisposti al collegamento telematico* - *Numero di iniziative di formazione sulle tematiche specifiche*
- *Facilitare l'accesso degli utenti agli ambulatori dei P.L.S.*	- *Definire standard orari settimanali minimi*	- *Numero dei P.L.S. che rispettano gli standard*
- *Ridurre la sovrapposizione degli interventi sul singolo paziente e migliorarne l'appropriatezza* - *Ridurre la domanda impropria*	- *Integrazione funzionale del P.L.S. attraverso il Distretto, nell'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile* - *Collaborazione con la Pediatria Ospedaliera e la P.C.* - *Aggiornamento permanente del P.L.S. sul I livello di cure, in collaborazione con il C.F. e l'ospedale di territorio*	- *Percentuale di ASL che hanno attivato programmi specifici di integrazione funzionale* - *N° programmi specifici di aggiornamento permanente attivati* - *Percentuale di invio, da parte del P.L.S., inappropriati al P.S.* - *Percentuale di accesso diretto al P.S.*

- *ridurre il ricorso all'ospedale per cure di I livello*	- *Favorire l'associazione poliambulatoriale al fine di ridurre il ricorso all'ospedale per cure di I livello*	- *percentuale di ricorso al pronto soccorso pediatrico a livello ospedaliero inappropropriato*
- *Collaborazione del P.L.S. con il Distretto (nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile) e col il D.P., anche al fine dell'osservazione epidemiologica e del monitoraggio delle situazioni di rischio*	- *Contributo quantificato del P.L.S. ai rilievi epidemiologici regionali ed ai registri*	- *percentuale di bilanci di salute effettuati in rapporto al numero degli assistiti* - *percentuale di PLS che aderiscono ai programmi di rilievi epidemiologici* - *percentuale di casi segnalati attinenti al rilievo epidemiologico ed ai registri segnalati dal PLS sul totale dei casi seguiti dal PLS*

4 PROMOZIONE DELLA SALUTE IN ETA' EVOLUTIVA NELLA COMUNITA'

E' rappresentata nel territorio da quell'insieme di attività finalizzate alla valutazione, promozione e monitoraggio della salute in età evolutiva a livello di comunità (educative e residenziali). Questa funzione si articola attraverso il collegamento tra i vari servizi, sanitari (funzioni di raccordo tra P.L.S. ed il Distretto e di collegamento con il D.P.) e sociali; sviluppando gli interventi a favore dell'età evolutiva messi in atto dall'Azienda U.S.L., sia a livello del singolo, sia a livello di comunità sia all'interno dell'organizzazione dipartimentale.

Gli interventi sulla comunità trovano la sede operativa ideale a livello distrettuale o sovradistrettuale a seconda delle dimensioni e delle caratteristiche della rete dei servizi di una data area geografica e dei protocolli operativi concordati col D.P..

Le funzioni della pediatria di comunità si esplicano attraverso la realizzazione dei percorsi assistenziali e sociosanitari dedicati ai minori con particolari problemi che per gravità, complessità, durata, ecc., non possono essere lasciati del tutto alla responsabilità del P.L.S., in particolare per i bisogni a carattere socio-assistenziale. I bambini con disabilità, con necessità di terapie riabilitanti, con malattie croniche invalidanti, con problemi scolastici, ad alto rischio sociale, ecc., oppure gli adolescenti con problemi di disagio e di comportamento deviante sono oggetto di interesse della pediatria di comunità.

La pediatria di comunità svolge, inoltre, compiti di identificazione e di risoluzione dei problemi di disabilità-handicap-invalidità nelle scuole di ogni ordine e grado, nei centri residenziali, fra gruppi etnici di nuovo insediamento, in gruppi sportivi e associazioni di volontariato a favore dell'infanzia, ecc.

Il suo ambito di intervento nel breve – medio termine è molto variegato da sede a sede, a seconda della preesistenza o meno di servizi affermatisi nel tempo o di recente attivazione, quali la medicina scolastica, i centri di pediatria preventiva e sociale, i centri di accoglienza, i consultori familiari, i centri di medicina dello sport, i centri "giovani", ecc. Opera in stretta collaborazione con l'area della prevenzione delle malattie infettive e non infettive, afferente al Servizio di igiene e sanità pubblica del D.P., ed in particolare, a livello scolastico, collabora per la raccolta delle evidenze epidemiologiche emerse, per l'offerta attiva di interventi a favore delle popolazioni a rischio per malattie sociali e per l'aiuto ai minori con manifestazioni di disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali, anche in riferimento ad abusi e maltrattamenti. Inoltre collabora per la organizzazione ed attuazione di eventuali programmi di accertamenti di massa.

Compito prioritario delle Regioni e delle Aziende A.S.L. è quello di superare, utilizzando i modelli organizzativi più rispondenti alla realtà locale, i problemi relativi alla frammentazione e carenza degli interventi.

Gli ambiti di azione da privilegiare per realizzare una funzione di promozione della salute a livello comunitario sono i seguenti

- Proporre, sostenere e coordinare interventi preventivi attuabili nelle comunità: scuola, centri residenziali, ecc.,
- Promuovere le iniziative di educazione sanitaria, di prevenzione secondaria e di incentivazione alla responsabilizzazione nella gestione della salute all'interno della vita di gruppo, nelle scuole di ogni ordine e grado, nei punti di aggregazione;

- Facilitare l'accesso dei soggetti con malattie croniche, disabilità, multiproblematicità di tipo sanitario e sociale, ecc. ai servizi specialistici e/o ai servizi sociali, fungendo da supporto al P.L.S. e alle famiglie;
- Collaborare ed eventualmente coordinare i progetti relativi alla sorveglianza epidemiologica dell'area di competenza;
- Contribuire alla pianificazione, alla attivazione e al monitoraggio delle strategie preventive a favore dell'età evolutiva, anche attraverso l'erogazione delle prestazioni vaccinali all'interno delle attività distrettuali;
- Contribuire, a livello distrettuale, alla attuazione della L. 104/92 e al D.P.R. 24/2/94 a favore dell'handicap, attraverso progetti per l'individuazione dei soggetti in difficoltà (disabilità fisica, handicap, problemi psico-sociali, ecc.) al fine di precisarne la diagnosi funzionale, identificare un percorso educativo-assistenziale, in collaborazione con il P.L.S., i servizi sociali e la scuola tagliato a misura dell'individuo in difficoltà e progettare percorsi diagnostici e terapeutici che ne migliorino l'integrazione scolastica e sociale, prevenendo per quanto possibile, i possibili conseguenti problemi comportamentali;
- Contribuire alla progettazione e pianificazione di una rete integrata di servizi sociosanitari che mirano al conseguimento di standards accettabili di benessere psicofisico dell'infanzia e dell'età evolutiva ed alla riduzione delle condizioni individuali di rischio, di sofferenza e di disagio psicosociale dei minori.
- Collaborare, per quanto di propria competenza, alla costruzione di processi e di interventi di prevenzione e di superamento dell'istituzionalizzazione dei minori.

Le Regioni indirizzano le A.S.L. all'identificazione, nell'ambito delle risorse economiche del distretto, di un budget dedicato alla pediatria di comunità., con particolare riferimento agli interventi mirati alla sorveglianza epidemiologica ed alla prevenzione primaria e secondaria, interventi fino ad oggi sostenuti da finanziamenti quasi irrisori e che devono, per contro, essere parte integrante delle politiche di prevenzione concordate con il D.P..

PROMOZIONE DELLA SALUTE IN ETA' EVOLUTIVA NELLA COMUNITA'		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
- *Collaborare all'offerta attiva di interventi preventivi in particolare a favore delle fasce deboli, infantili ed adolescenziali*	- *attuazione di programmi specifici di prevenzione e di raccordo nell'ambito A.S.L. tra D.P., Distretto, C.F., P.L.S., e servizi sociosanitari e socio-assistenziali*	- *N° di programmi specifici attivati di coordinamento funzionale tra P.L.S., C.F., e servizi sociosanitari e socio-assistenziali a favore delle classi deboli infantili ed adolescenziali* - *Percentuale di bambini della popolazione di riferimento vaccinati a tempo secondo la schedula vaccinale* - *Percentuale di bambini di madri HbsAg positive vaccinati tempestivamente* - *Percentuale di bambini a 6 anni privi di carie dentarie* - *N° medio di denti cariati, mancanti e otturati a 12 anni* - *Percentuale di bambini con malocclusione*
- *Collaborazione a programmi specifici per l'integrazione del minore disabile nella scuola e nella società*	- *attuazione di programmi specifici di integrazione*	- *Percentuale di minori disabili integrati nella scuola*
- *Promozione di percorsi assistenziali e sociosanitari a favore di minori disabili, , di malati cronici e collaborazione alla promozione di percorsi assistenziali e sociosanitari a favore di minori immigrati ed in situazioni di particolare disagio.*	- *attuazione di percorsi assistenziali specifici*	- *N° percorsi attivati*
- *Partecipare al coordinamento delle azioni dei servizi sanitari e socio-assistenziali territoriali (in particolare N.P.I. e Servizi Riabilitativi) con servizi scolastici in rapporto a:* • *disagio giovanile* • *abbandono scolastico* • *ricovero in centri residenziali*	- *Definizione a livello di Azienda USL della funzione e dei compiti della pediatria di comunità, con particolare riferimento al ruolo di collegamento tra servizi territoriali di prevenzione: medicina scolastica, C.F., centri di accoglienza, ecc.* - *Attivazione di registri di disabilità e invalidità dedicati ai minore su scala A.S.L. o regionali*	- *Percentuale di ASL che hanno attivato attività di pediatria di comunità.* - *percentuale di abbandono scolastico* - *percentuale di ricoveri in centri residenziali* - *Percentuale di ASL che hanno attivato registri di disabilità e invalidità dedicati ai minori*

5 IL BAMBINO IN OSPEDALE

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera al bambino va tenuta in debito conto la "Carta europea dei bambini degenti in ospedale", doc. A2-25/86, Risoluzione del Parlamento europeo (G.U. delle Comunità europee del 13.5.1986, N.C 148/37), che contempla i diritti del bambino ricoverato.
In particolare viene ribadito che il bambino deve essere curato in ospedale soltanto nel caso in cui l'assistenza della quale ha bisogno non possa essere fornita a pari livello a domicilio o presso ambulatori.
Inoltre, devono essere garantiti, indipendentemente dalla patologia da cui sono affetti: il ricovero in strutture idonee all'età dei minori e non in strutture dedicate agli adulti; la presenza in ospedale dei genitori o persona ad essi gradita quale sostituto, con possibilità di usufruire, oltre ad aree di degenza specificamente strutturate, anche di spazi ludici e di studio; la continuità dell'assistenza da parte dell'équipe ospedaliera pediatrica; l'informazione corretta e completa, oltreché adeguata alle capacità di comprensione del minore e dei genitori, sulle procedure diagnostiche e sulle condotte terapeutiche che i sanitari intendono attuare.

Nell'ambito degli interventi di tutela dei diritti del bambino malato e ospedalizzato, particolare attenzione quindi deve essere posta al fine di garantire sia la continuità nelle relazioni affettive ed emotive del bambino ricoverato con la madre e la sua famiglia sia l'offerta di tutte le opportunità necessarie al suo sviluppo psicologico, cognitivo e sociale.
Ciò ancor più nell'ottica di quanto previsto dalla legge n. 285/1997 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescente", che all'art.4, comma 1, lettera l, prevede espressamente interventi diretti alla tutela dei diritti del bambino malato e ospedalizzato.

5.1 ASSISTENZA AL BAMBINO IN U.O.O. PEDIATRICA

La riduzione della necessità di posti letto di Pediatria, correlata alla diminuzione delle nascite, alle migliori condizioni socio economiche della popolazione, all'implementazione delle cure primarie attraverso il P.L.S., alla tendenza generale alla dimissione precoce, all'utilizzo di D.H. diurno e notturno, ecc., comporta la razionalizzazione delle U.O. di Pediatria e una loro ristrutturazione e riqualificazione. Particolare attenzione deve essere rivolta alle nuove esigenze assistenziali, in particolare a quella di fornire 24/24 ore elevati livelli di cura e a quella di rispondere ai bisogni delle specializzazioni di organo e di apparato in area pediatrica.
D'altro canto il bisogno del bambino di essere accolto e curato in area pediatrica nelle situazioni di urgenza-emergenza e lungodegenza, impone al S.S.N. di razionalizzare la rete ospedaliera in modo da non esporre a rischi aggiuntivi da carenza organizzativa una quota di soggetti ad elevato rischio: come è noto, la percentuale di ricorso all'ospedale in situazione di emergenza è in continuo incremento soprattutto in rapporto agli incidenti domiciliari nella prima fascia di età e a quelli extra - domestici e stradali in età pre-adolescenziale ed adolescenziale.

Si riportano in Allegato 3 i requisiti indicativi, strutturali ed organizzativi, per le U.O.O. pediatriche che possono essere presi come riferimento nelle attività di programmazione regionale.

5.2 ASSISTENZA AL BAMBINO CON MALATTIE CRONICHE E DISABILITANTI

La razionalizzazione delle U.O.O. di pediatria intesa come ridefinizione del numero dei posti letto necessari, come ristrutturazione delle unità stesse e come organizzazione più rispondente alle esigenze epidemiologiche attuali deve tener conto che la morbosità pediatrica riferita alle malattie croniche è sempre più rilevante in rapporto alle migliorate condizioni di diagnosi e di cura (riduzione della mortalità in età infantile) e dell'incremento dei livelli assistenziali.

Per ognuna della malattie croniche e disabilitanti è possibile identificare un percorso che, con l'intervento integrato delle varie componenti professionali disponibili, accompagni dalla prospettiva di una cura senza guarigione alla accoglienza e alla integrazione nella società.

La tendenza alla deospedalizzazione sempre più spinta in questo settore comporta un maggiore impegno per gli operatori territoriali, soprattutto i PLS che devono seguire a domicilio i pazienti, secondo piani di assistenza concordati con i centri di riferimento specializzati nelle varie patologie. Le componenti riabilitativa e socio-assistenziale sono sempre più coinvolte, come pure la PC, che esercita un'importante funzione di raccordo tra le varie componenti sanitarie e socio-assistenziali territoriali, e collabora nella tenuta dei registri delle malattie croniche e delle condizioni di disabilità, oltre che nelle proposte di interventi di educazione sanitaria e di prevenzione.

A livello ospedaliero sono ipotizzabili due livelli:
I LIVELLO E' garantito dalle U.O. pediatriche ospedaliere.
A queste unità deve essere favorito il libero accesso da parte del PLS curante in quanto garantisce la massima aderenza ai protocolli terapeutici-riabilitativi e in quanto rappresenta una fonte di aggiornamento professionale permanente per il sanitario.
L'esigenza di allontanare meno possibile il bambino e l'adolescente dal proprio ambiente (famiglia, scuola, gruppo di pari) comporta l'esigenza che, anche nelle fasi più acute della malattia caratterizzate dal bisogno di cure ospedaliere, venga limitato, per quanto possibile, l'accesso alle strutture di III livello, e si garantisca anche al II livello il prosieguo dei trattamenti riabilitativi.

II LIVELLO E' garantito dai complessi polispecialistici dotati di alta tecnologia diagnostica e terapeutica, ben identificati per requisiti e accreditamento dalle regioni in rapporto ai dati epidemiologici che, come è noto, in alcuni casi variano da sede a sede (ad es. thalassemia, alcune patologie tumorali, infezioni subacute, disturbi della coagulazione, ecc.). A tale livello di ospedalizzazione il minorenne deve poter usufruire di competenze specialistiche multidisciplinari e di supporti tecnologici di elevato livello, dei benefici forniti da un'Unità per disabili gravi con competenze multiple modulate in rapporto ai suoi bisogni di riabilitazione

Per perseguire gli obiettivi di salute per questi pazienti è necessario:

- Definire la rete ospedaliera di pediatria di alta specializzazione, in sede regionale o interregionale: il Ministero della Sanità, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, di comune accordo, nel definire la rete nazionale, al fine di ottimizzare le risorse e assicurare strutture e competenze adeguate, favorire l'accessibilità da parte delle famiglie in rapporto a condizioni oro-geografiche, sociali, ecc., identificano nell'ambito delle varie strutture di riferimento per l'alta specializzazione pediatrica, le U.O. accreditate per:
  - emato-oncologia pediatrica, tenuto conto delle attuali esigenze connesse ai trapianti di midollo
  - gastroenterologia-epatologia e nutrizione pediatrica
  - endocrinologia-diabetologia

- immunologia pediatrica
- mucoviscidosi e malattie respiratorie croniche
- malattie genetiche e metaboliche in età pediatrica
- malattie infettive pediatriche
- nefrologia e dialisi, compresi i trapianti
- reumatologia pediatrica
- cardiochirurgia pediatrica
- neurochirurgia pediatrica
- urologia pediatrica
- ortopedia pediatrica
- ORL pediatrica
- oftalmologia pediatrica

Nel loro complesso i posti letto (P.L.) di altissima specializzazione dovrebbero essere definiti sulla base degli effettivi bisogni assistenziali.

Si riportano in Allegato 4 i requisiti e gli standard di fabbisogno indicativi per le U.O.O. pediatriche di altissima specializzazione che possono essere prese come riferimento nelle attività di programmazione regionale.

ASSISTENZA AL BAMBINO IN U.O.O. PEDIATRICA		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
♦ *Riconversione in U.O. a ciclo diurno con D.H. delle U.O. non rispondenti ai requisiti minimi*	- *Afferenza all'organizzazione dipartimentale intra e/o inter aziendale; afferenza all'A.F.O. identificata dall'A.S.L. al fine di ottimizzare le risorse di personale dei ruoli non laureati . Qualificazione del personale*	- *percentuale di strutture non rispondenti ai requisiti minimi riconvertite in D.H.* - *N° corsi di qualificazione attivati*
♦ *Ricovero dei minori in area pediatrica*	- *Piano applicativo pediatrico regionale che preveda, entro il 2000 il raggiungimento degli obiettivi:* - *Vincoli regionali riguardanti l'adeguatezza delle strutture ai requisiti*	- *Percentuale di Regioni che hanno applicato il Piano* - *Percentuale di bambini e adolescenti ricoverati in area pediatrica*
- *Degenza pediatrica differenziata per classi di età*	- *Identificazione delle aree di degenza riservate alle diverse fasce d'età*	- *Percentuale delle strutture che hanno identificato aree di degenza riservate alle diverse fasce d'età*
- *Possibilità di ospitare un genitore*	- *Ristrutturazione dei reparti pediatrici al fine di garantire la presenza del genitore con tendenza del rapporto P.L: pazienti/P.L. genitori all'unità*	- *Percentuale di strutture che danno ospitalità al genitore*
- *Riduzione dei ricoveri impropri;* - *Riduzione dei ricoveri pediatrici per patologie croniche e invalidanti a favore dell'accesso in D.H. e D.S.*	- *Applicazione di protocolli mirati a ridurre i ricoveri impropri attraverso l'implementazione del D.H. e protocolli condivisi con il PLS*	- *Percentuale dei servizi che hanno applicato protocolli* - *Percentuale di ricoveri impropri* - *percentuale dei ricoveri in D.H.*
- *Ridurre quanto più possibile la degenza*	- *Attivazione di percorsi diagnostici e/o terapeutici che riducono al minimo la permanenza in ospedale del minore* *attivazione di protocolli condivisi con altre U.O. dell'organizzazione dipartimentale e con le U.O. pediatriche del territorio che operano a differente livello assistenziale*	- *Percentuale dei servizi che hanno attivato percorsi diagnostici/terapeutici* - *Percentuale di servizi che hanno attivato protocolli* - *Durata media delle degenze*

- *Integrazione con il PLS: garantire l'accesso attivo del P.L.S. al D.H. ed ai ricoveri in regime di degenza per i propri assistiti*	- *Accesso del P.L.S. curante e sua partecipazione al percorso diagnosi – cura del proprio paziente*	- *Percentuale di servizi che hanno attuato l'integrazione*
- *Riduzione delle degenze dei minori in U.O. non pediatriche (chirurgia, O.R.L., ortopedia, ecc.)*	- *Protocolli per la riconversione di parte della degenza in costanza di ricovero in D.H.*	- *Durata media delle degenze di minori ricoverati in U.O. non pediatriche*
- *Riduzione delle migrazioni dall'ospedale della A.S.L. di appartenenza per patologie che non richiedono centri di III livello*	- *Rispetto dei requisiti organizzativi e strutturali*	- *percentuale di migrazioni inappropriate*
- *Umanizzazione dell'assistenza*	- *Qualificazione del personale* - *Adeguamento strutture* - *Ospitalità del genitore durante il ricovero*	- *N° corsi qualificazione attivati* - *Percentuale di strutture adeguate* - *Percentuale di strutture che danno ospitalità al genitore* - *Percentuale di clienti soddisfatti*
- *Integrazione funzionale con N.P.I.A. e servizi riabilitativi*	- *Protocolli di integrazione funzionale con i servizi di N.P.I.A. e con gli altri servizi territoriali di area pediatrica*	- *percentuale di protocolli attivati*
- *Rispetto della legge n. 626/94*	- *Piano di azienda finalizzato al conseguimento dell'obiettivo*	- *percentuale di servizi adeguati rispetto alla legge 626/94*

ASSISTENZA AL BAMBINO CON MALATTIE CRONICHE E DISABILITANTI		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
- *Rete ospedaliera di alta specializzazione pediatrica*	- *Identificare ed accreditare, nell'ambito di strutture di alta specializzazione, una o più U.O. dedicate a specifiche patologie*	- *N° U.O. di alta specializzazione pediatrica identificati e accreditate*
- *Garantire continuità delle cure, anche nel passaggio dall'adolescenza all'età adulta*	- *Garantire l'accesso all'ospedale al PLS e al M.M.G con partecipazione attiva alla fase di ricovero del paziente con malattia cronica* - *Garantire continuità assistenziale nel passaggio dall'area assistenziale pediatrica a quella dedicata all'adulto*	- *Percentuale di pazienti che hanno usufruito della partecipazione attiva del P.L.S. e del M.M.G. durante il ricovero* - *Percentuale di pazienti che hanno usufruito di continuità assistenziale tra ospedale e domicilio e tra età adolescenziale ed età adulta*
- *Riduzione delle giornate di degenza ospedaliera/anno dei pazienti con malattia cronica*	- *Formulare percorsi assistenziali che mirino a ridurre gli accessi ospedalieri e la degenza, in particolare per gli interventi al II livello*	- *Percentuale di strutture che hanno attivato percorsi diagnostico-terapeutici per patologia* - *Media delle giornate di degenza ospedaliera/anno nei pazienti con malattia cronica suddivisi per tipologia clinica*
- *Integrare le varie competenze professionali specialistiche ospedaliere e territoriali, con il coinvolgimento dei servizi socio-assistenziali del Distretto e con la PC.*	- *Garantire l'integrazione delle varie competenze ospedaliere e territoriali nel percorso diagnosi-cura-riabilitazione* - *Garantire l'intervento di riabilitazione anche nelle fasi acute della malattia, in fase di ricovero*	- *Percentuale di interventi integrati attivati* - *Percentuale di interventi riabilitativi in fase di ricovero* - *Riduzione dei gradi dei gradi più elevati di invalidità – disabilità dei pazienti con malattia cronica*

6. URGENZA – EMERGENZA PEDIATRICA

Per il bambino il bisogno di diagnosi e cura specialistica e tempestiva emerge in tutta la sua evidenza nell'area della urgenza-emergenza. In queste condizioni, molto spesso il paziente afferisce invece al servizio di guardia medica territoriale, al pronto soccorso ospedaliero o ai reparti di terapia intensiva, cioè a strutture e competenze che esulano da quelle pediatriche.

Dall'analisi della situazione attuale, quale emerge dai dati epidemiologici, dalle clausole dei contratti di lavoro, e dalla normativa generale del SSN emerge che:

- la "copertura" temporale offerta dalla PLS nell'arco delle 24 ore è insufficiente per quanto attiene le fasce notturne e festive, soprattutto se si tiene conto che la domanda di interventi d'urgenza è difficilmente comprimibile e che nei primi anni di vita si esprime nell'arco delle 24 ore; inoltre risposte differibili di qualche ora non sono accettate dalle famiglie;
- l'intervento del medico di guardia medica è correlato, direttamente o indirettamente, alla induzione del ricorso al pronto soccorso ospedaliero, anche per condizioni cliniche risolvibili al primo livello, che dovranno trovare soluzione a livello distrettuale;
- in molte realtà ospedaliere il pronto soccorso è attuato in strutture non rispettose dei bisogni più generali del bambino e dell'adolescente, dalle quali il paziente viene avviato per consulenza o per ricovero in U.O. specialistiche prive di requisiti per l'accoglienza del soggetto in età minorile (ortopediche, otoiatriche, di chirurgia generale, ecc.);
- nell'emergenza che richiede rianimazione e terapie intensive il bambino afferisce quasi inevitabilmente (l'età neonatale rappresenta l'eccezione) a servizi di terapia intensiva dedicati all'adulto.

E' perciò palese l'esigenza di identificare in ogni ospedale delle aree (intese come spazi fisici e come competenze pediatriche) a cui accedano, in condizioni di urgenza-emergenza, soggetti in età evolutiva e di attivare in ambito regionale strutture ospedaliere di riferimento per l'urgenza-emergenza pediatrica, nelle quali gli interventi di pronto soccorso ospedaliero e di emergenza siano gestiti nell'ambito di una stretta collaborazione e integrazione funzionale con il D.E.A.
Nell'ambito dell'ASL il Distretto e il DP dovranno operare in sinergia per un'offerta attiva di strumenti educativi che concorrano nella prevenzione del rischio di incidenti-avvelenamenti e per l'offerta di risposte assistenziali che soddisfino a livello territoriale la maggior parte dei bisogni dell'area dell'urgenza- emergenza pediatrica che oggi afferiscono in gran parte al pronto soccorso ospedaliero.

Sono possibili tre livelli di intervento:

I LIVELLO A livello territoriale una più stretta collaborazione in ambito distrettuale tra pediatria di libera scelta e pediatria ospedaliera può ricondurre il flusso di pazienti in età minorile nell'area pediatrica, evitando gli attuali inutili transiti attraverso i servizi ospedalieri dedicati all'adulto.

II LIVELLO A livello ospedaliero, attraverso la revisione della rete delle U.O. pediatriche, sarà possibile garantire nell'arco delle 24 ore l'offerta del pediatra in ospedale, il quale si avvarrà di eventuali altre competenze specialistiche nell'ambito di un approccio multidisciplinare quanto più possibile effettuato in strutture pediatriche. Compito dell'U.O. pediatrica, sarà quello di garantire il coordinamento e l'attivazione di interventi di pronto soccorso e di guardia pediatrica, attraverso la predisposizione di locali, strutture e supporti tecnologici dedicati ai bambini, il servizio di telefonia d'emergenza, l'adeguamento delle ambulanze, ecc.

In rapporto al livello e all'entità delle risposte territoriali ai bisogni urgenti dei bambini (offerta di pediatri di libera scelta per interventi domiciliari urgenti, tipologia di interventi garantiti a livello distrettuale, consultoriale e di astanteria territoriale, ecc.), l'ospedale modulerà la propria attività di pronto soccorso, in modo da favorire quanto più possibile la riduzione del ricorso alla spedalizzazione e garantire migliori condizioni di accoglimento per le situazioni più critiche.

III LIVELLO Nell'ambito di aziende ospedaliere particolarmente avanzate per competenze e tecnologie polispecialistiche, possibilmente sede di dipartimento di emergenza a valenza plurizonale e con funzioni di coordinamento del sistema 118, dovrebbero trovare collocazione le funzioni di coordinamento e di formazione-aggiornamento del personale medico e infermieristico impegnato in misura preponderante nell'urgenza-emergenza pediatrica. E' preferibile che tali funzioni ricadano sulle Aziende autonome di alta specializzazione, sui Policlinici universitari, sugli I.R.C.C.S. con forte componente ostetrico-pediatrica e sugli Ospedali infantili specializzati, purché dotati di U.O. di pronto soccorso e di terapia intensiva neonatale/pediatrica. In tali contesti devono essere ben definiti i rapporti di collaborazione-integrazione funzionale "trasversali" tra organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile e Dipartimento dell'emergenza.

AZIONI

- Identificare i reali bisogni pediatrici afferenti all'area dell'urgenza-emergenza,, in modo da articolare l'offerta territoriale a livello domiciliare, distrettuale, consultoriale, scolastico, sportivo, ecc., con particolare attenzione al monitoraggio delle situazioni di maggior rischio (incidenti, avvelenamenti, infezioni gravi, ecc.), anche allo scopo di meglio mirare gli interventi di protezione e di prevenzione, di concerto con il D.P..
- Coinvolgere attivamente tutte le U.O. ospedaliere pediatriche nella offerta di prestazioni in regime di pronto soccorso-emergenza, in modo da ricondurre nelle strutture destinate ai soggetti in età evolutiva il maggior numero di pazienti che ricorrono alla struttura ospedaliera, coinvolgendo a livello dell'area pediatrica del dipartimento le competenze degli specialisti interessati.
- Adeguare le strutture specifiche pediatriche e le tecnologie necessarie a soddisfare i bisogni di salute generali e specifici del bambino-adolescente in condizioni d'emergenza, attivando parallelamente programmi di formazione-aggiornamento che integrino le esperienze territoriali a quelle ospedaliere, al fine anche di evitare inutili sovrapposizioni di intervento e di uniformare i percorsi diagnostici e terapeutici per casistiche isovalenti.
- Attivare, in collaborazione anche con i P.L.S., iniziative volte alla prevenzione della SIDS ed alla diagnostica differenziale della sintomatologia.
- Definire annualmente i livelli di competenza e i contributi professionali e istituzionali delle varie componenti interessate all'area dell'urgenza-emergenza pediatrica (P.L.S., C.F., pronto soccorso ospedaliero,ecc.)
- Definire e attivare un piano specifico di interventi inerenti l'emergenza pediatrica che, a partire dal P.S.R., guidi l'integrazione funzionale tra il dipartimento ed il D.E.A. delle varie Aziende coinvolte, nel rispetto delle specifiche competenze afferenti all'area pediatrica.

Si riportano in Allegato 5 i requisiti e gli standard di fabbisogno indicativi per l'urgenza e l'emergenza pediatrica di III livello che possono essere prese come riferimento nelle attività di programmazione regionale.

URGENZA – EMERGENZA PEDIATRICA		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
- *Attività di Pronto soccorso pediatrico diurno in ogni U.O. pediatrica*	- *Identificare un'area ospedaliera pediatrica di pronto soccorso* - *Guardia attiva 24/24 ore per degenza, attività di pronto soccorso e assistenza; attivazione e monitoraggio delle attività di pronto soccorso pediatrico*	- *Percentuale di bambini che afferiscono ad attività di P.S. pediatrico*
- *Ridurre, in caso di urgenza-emergenza pediatrica, il ricorso alla guardia medica generale ed al P.S. adulti*	- *Incentivare l'intervento di pronto soccorso del PLS* - *Attivare corsi di aggiornamento professionali specifici sul territorio* - *Incentivare associazioni professionali tra P.L.S. al fine di aumentare le fasce orarie di copertura territoriale e ridurre il ricorso alla guardia medica generale*	- *percentuale di interventi di guardia medica generale* - *percentuale di interventi svolti dal PLS* - *percentuale di associazioni professionali attivate*
- *Riduzione degli incidenti – avvelenamenti nell'infanzia*	- *Attivazione di programmi di educazione sanitaria ed informazione destinati ai genitori, agli operatori sanitari ed agli insegnanti da svolgere in modo integrato con il D.P.* - *Attivare il registro regionale e di A.S.L. per la osservazione epidemiologica specifica*	- *N° corsi realizzati per genitori, insegnanti ed educatori sanitari* - *percentuale di piccoli interventi risolti dai familiari* - *Percentuale di ricoveri in P.S. per incidenti – avvelenamenti* - *Percentuale di registri attivati*
- *Ridurre i trasferimenti plurimi*	- *Predisporre direttive d'Azienda e/o regionali per il servizio 118 mirate ai bisogni dei minori e percorsi di accesso alle strutture al fine di ridurre i trasferimenti plurimi*	- *percentuale dei trasferimenti del minore da un presidio all'altro*

7. MALATTIE GENETICHE E/O RARE

Il Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000 prevede obiettivi di carattere generale la cui realizzazione implica una ottimizzazione in Italia di una rete di Servizi di Genetica Medica distribuiti uniformemente sul territorio. Ciò può comportare una importante ricaduta sulla prevenzione delle malattie genetiche e di quelle altre molto diffuse in cui è presente una forte componente genetica (diabete, arterosclerosi, ecc.), oggetto di particolare attenzione dei Servizi di Igiene e di Sanità pubblica del D.P..

Vengono prese in considerazione le malattie che, prese singolarmente, rappresentano patologie talora rarissime ma che, nel loro complesso colpiscono circa l'1 per mille della popolazione generale, spesso a partire dall'età pediatrica, essendo molte di queste di origine genetica e che rappresentano sempre un grave problema sociosanitario.
In letteratura sono identificate circa 5000 malattie rare, per lo più caratterizzate da difficoltà diagnostiche e da elevati costi di assistenza che implicano supporti organizzativi e operativi per trattamenti continuativi e specializzati, con particolare riferimento alla acquisizione di farmaci e di presidi specifici ed indispensabili.
La sorveglianza dei casi registrati a livello nazionale implica che siano raccolti in un Registro che deve corrispondere ad analoghe iniziative di altre nazioni europee per la costituzione di un registro europeo delle malattie rare.

7.1 MALATTIE GENETICHE

Per perseguire obiettivi di prevenzione primaria e secondaria e di sorveglianza delle malattie di origine genetica è ipotizzabile una rete di servizi articolata su tre livelli:

I LIVELLO In tutti i C.F., vengono assolti compiti primari di informazione, in accordo con i servizi di ostetricia, con la pediatria di libera scelta e le strutture dei livelli superiori, per l'identificazione delle condizioni di rischio da indirizzare alla consulenza genetica di II livello; il C.F. ed il P.L.S. collaborano, inoltre, alla raccolta dei rilievi epidemiologici.

II LIVELLO La consulenza genetica specialistica viene garantita in strutture ambulatoriali territoriali o ospedaliere strettamente collegate con Centri di III livello.

III LIVELLO Le Regioni identificano centri di riferimento regionale-interregionali strettamente integrati con un complesso polispecialistico ostetrico-pediatrico di III livello ospedaliero o universitario e con centri che svolgono attività di screening e di follow-up, allo scopo di soddisfare bisogni della popolazione relativi a: consulenza genetica e citogenetica prenatale-neonatale-pediatrica, diagnostica prenatale per immagini, genetica clinica, screening e follow-up degli errori congeniti del metabolismo, genetica molecolare e diagnosi biochimica delle malattie endocrino-metaboliche, immunogenetica. Salvo diverse indicazioni regionali, in rapporto a condizioni epidemiologiche o orogeografiche particolari, deve essere garantita la presenza di una struttura di III livello ogni 3.000.000 di abitanti.

Nella programmazione regionale viene indicato il Centro di coordinamento regionale o interregionale afferente ai relativi registri nazionali.

Gli obiettivi di salute relativi al controllo delle malattie genetiche presuppongono le seguenti azioni:

- Identificare le situazioni di rischio attraverso una attività di counseling da offrire attivamente a livello territoriale secondo le indicazioni del P.S.N. e P.S.R.
- Nelle condizioni identificate di rischio assicurare la diagnosi precoce (prenatale e neonatale) attraverso l'allestimento e l'attivazione di protocolli operativi coinvolgenti attivamente le strutture interessate ai vari livelli;
- Contrastare l'evoluzione delle disabilità, attivando adeguati interventi di presa in carico precoce del soggetto e della sua famiglia;
- Garantire su tutto il territorio nazionale, attraverso i centri regionali o attraverso accordi interregionali, la continuità dell'esecuzione dello screening neonatale della fenilchetonuria e dell'ipotiroidismo congenito con copertura superiore al 98% e promuovere e sostenere i registri nazionali;
- Attivare programmi regionali per la diagnosi precoce ed il trattamento della fibrosi cistica coordinati dai centri di riferimento regionali o interregionali, programmi di cui verificare l'appropriatezza in base alle risorse;
- valutare, secondo le evidenze della letteratura internazionale, le opportunità di diagnosi e di trattamento di altre malattie geneticamente determinate, anche in relazione alle fasce di popolazione interessate;
- Promuovere programmi di aggiornamento professionale e le condizioni di lavoro integrato a favore del personale interessato a tutti i livelli della prevenzione, diagnosi e trattamento delle malattie genetiche;

7.2 MALATTIE RARE

Considerato che per la maggior parte di queste malattie la precocità della diagnosi, dell'avvio dei trattamenti e delle terapie riabilitative sono correlati direttamente con la prognosi del soggetto e con l'entità dell'impegno economico e professionale assistenziale, ciascun punto nascita o pediatra afferente al S.S.N.e struttura pediatrica o specialistica nell'ambito dipartimentale deve segnalare il caso sospettato, con la massima tempestività possibile, a centri di riferimento regionali o nazionali per la conferma di diagnosi e per la programmazione degli interventi terapeutici e riabilitativi.

I centri di riferimento, identificati dal Ministero della Sanità in accordo con le Regioni e Province Autonome:

- provvedono all'accertamento diagnostico o alla validazione delle diagnosi anche ai fini della fruizione dei farmaci, dei presidi e dei supporti riabilitativi previsti a carico del S.S.N.;
- seguono con il follow-up il decorso della malattia in collaborazione con le strutture territoriali e ospedaliere della ASL di residenza del paziente e valutano l'efficacia degli interventi terapeutico-riabilitativi;
- segnalano al Registro nazionale delle malattie rare presso l'I.S.S. tutti i casi identificati e le principali informazioni del relativo follow-up;
- curano il collegamento con le Associazioni di pazienti per un aggiornamento continuo delle conoscenze prognostiche alla luce delle informazioni sulle più recenti novità terapeutiche e riabilitative;
- organizzano corsi di formazione per il personale sanitario e per le famiglie.
- curano la diffusione dell'informazione per migliorare le possibilità diagnostiche fornendo le informazioni per una più attenta diagnosi differenziale e precoce di queste malattie.

MALATTIE GENETICHE		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
- *Incrementare l'informazione e l'offerta attiva di consulenza genetica in collaborazione con il DP*	- *Coinvolgere le strutture territoriali (Distretto, C.F.), P.L.S., P.C. e le U.O.O. nell'offerta attiva di consulenza*	- *Percentuale di strutture che hanno attivato l'offerta attiva*
- *Facilitare l'accesso e la presa in carico dell'utenza con problemi genetici*	- *Attivare protocolli/percorsi regionali di counseling, diagnosi prenatale e postnatale per le malattie genetiche*	- *Percentuale di strutture che hanno attivato protocolli / percorsi* - *Percentuale di adeguatezza tra diagnosi prenatale e conferma postnatale* - *Percentuale di soggetti con problemi genetici presi in carico ai vari livelli* - *Media dei tempi intercorrenti tra il sospetto diagnostico, la diagnosi, l'avvio di eventuali trattamenti*
	- *Attivare percorsi di integrazione a livello aziendale tra servizi sanitari di diagnosi e cura e servizi sociali e socio-assistenziali nei casi di malattia genetica disabilitante*	- *Percentuale di Aziende che hanno attivato percorsi adeguati* - *Percentuale di Regioni che hanno attivato protocolli di integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali per i casi di m. genetiche e disabilitanti*
- *Osservazione epidemiologica delle m. genetiche*	- *Predisporre un registro regionale o interregionale delle m. genetiche per l'osservazione epidemiologica e per la consulenza agli operatori*	- *Percentuale di Regioni che hanno attivato il registro* - *Percentuale di U.O. che collaborano attivamente al registro*
MALATTIE RARE		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
- *Evitare dispersione di risorse attraverso la programmazione regionale o attraverso accordi interregionali mirati per patologie specifiche* - *Identificazione precoce della patologia e facilitazioni nell'assistenza*	- *Identificazione dei centri di riferimento* - *Promuovere iniziative di aggiornamento professionale mirate al coinvolgimento delle strutture nella diagnosi precoce delle malattie rare* - *Promuovere percorsi assistenziali con il concorso dei servizi di riabilitazione e dei servizi socio-assistenziali* - *Facilitare l'acquisizione di diete speciali, farmaci e presidi nei casi accertati*	- *N° centri di riferimento regionali o interregionali identificati per specifiche patologie* - *Età media al momento della diagnosi* - *Percentuale dei casi diagnosticati afferenti alla PC e/o ai servizi riabilitativi, sociali e socio-assistenziali* - *Tempo di latenza tra accertamento diagnostico e fruizione dei benefici assistenziali correlati alla diagnosi*

8. ASSISTENZA NEUROPSICHIATRICA IN ETA' EVOLUTIVA

La prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle patologie neurologiche e psichiatriche nell'età evolutiva (infanzia e adolescenza) rivestono un ruolo importante nella tutela della salute della popolazione. Infatti le patologie neuropsichiatriche dell'adulto fondano molto spesso le loro basi nell'età evolutiva. La grande varietà delle situazioni cliniche e dei bisogni di salute dei pazienti neurologici e psichiatrici di quest'età comportano un ulteriore sforzo degli operatori sanitari e non sanitari a tutti i livelli, al fine di superare le barriere residue, culturali e professionali tradizionali, che ancora siano presenti. Infatti, molto di più che in altre aree di intervento (di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione), è indispensabile un approccio multidisciplinare fortemente centrato sugli specifici bisogni del minorenne nello spirito di una più fattiva integrazione professionale.

Obiettivi generali sono: prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, psichiatrici, psicologici e neuropsicologici dell'età evolutiva.

La forte tendenza alla deospedalizzazione, alla integrazione tra varie competenze (consultorio familiare, pediatria, neuropsichiatria infantile, fisiatria, ortopedia ecc.) e alla umanizzazione sottintende la necessità di un'organizzazione articolata su diversi livelli, coinvolgendo sul territorio il Dipartimento di Prevenzione ed il Distretto, e prevedendo per l'ambito ospedaliero due livelli.

Nell'ambito della programmazione regionale, dovranno essere individuati modelli organizzativi per l'assistenza ai minori affetti da patologie neurologiche e psichiatriche, tenendo anche conto delle formule organizzative già adottate nel tempo dalle Regioni, nonchè assicurando l'integrazione degli interventi ed il collegamento funzionale tra tutte le U.O. coinvolte nella continuità terapeutica nelle fasi di passaggio all'età adulta.

La prevenzione di forme di patologia neuropsichiatrica che si manifestano nell'età evolutiva riconosce nell'attività di promozione della salute svolta dai servizi di I livello (C.F., P.L.S., Distretto) un momento fondamentale, tenendo anche conto del ruolo che questi servizi hanno nel riconoscimento precoce delle forme stesse o delle situazioni di rischio verso le quali svolge le funzioni di presa in carico e di eventuale indirizzo verso le U.O. di diagnosi e cura.

L'intervento nel settore delle patologie di prevalente competenza neuropsichiatrica nell'infanzia e adolescenza deve essere unitario e coordinato, con una presa in carico globale del paziente e molto spesso anche della sua famiglia. Dal punto di vista organizzativo è necessario garantire una cooperazione di diverse professionalità (psicologi, psicologi dell'età evolutiva, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori specializzati, assistenti sociali, ecc.), coordinata dallo specialista in neuropsichiatria infantile in collaborazione con i servizi di fisiatria per quanto riguarda la riabilitazione neuromotoria.
A sua volta tale équipe deve poter operare in stretta vicinanza con le strutture e gli operatori dell'area pediatrica e la rete dei servizi socio assistenziali ed educativi.
Obiettivo generale dev'essere quello di ridurre quanto più possibile l'handicap, cioè la risultante del percorso diagnosi-cura-riabilitazione della disabilità.

Particolare impegno deve essere rivolto, da parte dei servizi di I livello, alle strategie di prevenzione attraverso l'individuazione dei fattori di rischio prevalenti a livello distrettuale e sovradistrettuale e alla valorizzazione dei fattori di protezione per la salute mentale dei soggetti in età evolutiva.

Tale popolazione clinica socialmente importante, potrebbe presentare problemi più o meno rilevanti in età adulta, anche in relazione al livello di cure di cui avrà potuto usufruire nel corso dell'età evolutiva.

Emerge l'esigenza che a livello distrettuale o sovradistrettuale si tenga conto dell'evidenza epidemiologica del territorio di interesse, per ponderare esigenze di risorse di personale e di attrezzature, rispettando l'esigenza di realizzare la massima integrazione tra le competenze neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche e le altre competenze di specializzazioni specifiche per questa fascia d'età : psicologi, psicologi dell'età evolutiva , fisiatri e terapisti dell'età evolutiva, assistenti sociali ed educatori specializzati su specifiche emergenze.
Tale integrazione è ancor più necessaria tenuto conto del fatto che tali patologie si associano spesso ad altre condizioni di disabilità e tenuto conto della necessità di una presa in carico globale del soggetto al fine della sua piena integrazione nella famiglia, nella scuola e nella società. E' necessaria, pertanto, una stretta collaborazione operativa con i servizi sociosanitari e socio-assistenziali.

Infatti, le condizioni di disabilità insorte in età pediatrica, a seconda della qualità degli interventi, potranno risultare in condizioni di non autonomia in una percentuale che, per alcune di esse può variare dal 25% al 50%. Questa popolazione da sempre ha rappresentato una fonte rilevante per l'istituzionalizzazione, che la programmazione sanitaria nazionale si propone invece di contenere e ridurre nel breve-medio termine.

In questo ambito è necessario ridurre la frammentazione degli interventi attraverso la massima integrazione con i servizi neuro-riabilitattivi con lo scopo di promuovere la piena integrazione nella famiglia, nella scuola e nella società, operando in stretta collaborazione con i servizi sociosanitari e socio-assistenziali.

L'assistenza neuropsichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza deve articolarsi seguendo anche le indicazioni contenute nel Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998 – 2000" (D.P.R. 10.11.1999) e in armonia con le "Linee Guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione" (provvedimento 7 maggio 1998) specificatamente per quanto attiene all'età evolutiva.

Per assolvere ai compiti ed alle funzioni nell'ambito della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza viene raccomandata la seguente articolazione in U.U.O.O.:

1. Unità Operative Territoriali di Neuropsichiatria Infantile (U.O.T.-N.P.I.)
2. Unita Operative Ospedaliere di Neuropsichiatria Infantile (U.O.O.-N.P.I.):
    2a. Unità Operative Ospedaliere collocate in ospedali gestiti dalle A.S.L.
    2b. Unità Operative Ospedaliere ad alta specializzazione inseriti in Policlinici o Aziende ospedaliere o I.R.C.C.S.
3. Strutture semiresidenziali e residenziali

8.1. Unità Operative Territoriali di Neuropsichiatria Infantile (U.O.T.-N.P.I.)

Area di attività:
-diagnosi, cura e riabilitazione di patologie diagnosticabili senza particolari accertamenti strumentali che richiedano ricovero;
- controllo e trattamento di patologie già diagnosticate presso centri più attrezzati;

Compito di queste U.O.T.-N.P.I. sono:

A) Garantire prestazioni specialistiche neurologiche e psichiatriche in ambito ambulatoriale a livello distrettuale, secondo progetti operativi che soddisfino i bisogni di salute risultanti dalla osservazione epidemiologica locale, con specifica attenzione alle diverse fasce d'età.

B) Prendere in carico precocemente il bambino con disabilità neuromotorie, psichiche e problematiche familiari e collaborare con le competenze specialistiche fisiatriche e riabilitative;

C) Prendere in carico l'adolescente affetto da patologia psichica;

D) Collaborare con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione dei disabili nelle scuole di ogni ordine e grado (legge n. 104/92 e D.P.R. 24/2/94);

E) Collaborare con gli Enti Locali ed Istituzioni nazionali per l'inserimento lavorativo e sociale dei soggetti in situazioni di handicap in età post-scolare;

F) Collaborare con gli Enti Locali e gli Enti preposti all'amministrazione della giustizia nella rete degli interventi di tutela e cura dei minori abusati, deprivati, e sottoposti a provvedimenti giudiziari;

G) Programmare e attuare percorsi abilitativi e riabilitativi neuropsicomotori, del linguaggio e della comunicazione, in collaborazione con personale tecnico specificamente formato dell'area riabilitativa. L'intervento riabilitativo in età evolutiva presenta alcune specificità in quanto è rivolto a pazienti che hanno subito danno precoce del sistema nervoso, con deficit spesso misti (neuromotorio, cognitivo, della comunicazione, affettivo-relazionale, sensoriale), il cui trattamento abilitativo richiede una efficace integrazione delle varie competenze.

H) Attivare il monitoraggio e la rilevazione epidemiologica (in stretta collaborazione con il Distretto ed il D.P).

I) Collaborare con la famiglia del disabile attraverso la più completa e continua informazione sugli eventi sanitari e sociali coinvolgenti il minorenne, sulle possibilità di recupero e sulla scelta degli interventi e dei percorsi che ne garantiscono l'inserimento nella scuola e nella società.

8.2 Unita Operative Ospedaliere di Neuropsichiatria Infantile (U.O.O.-N.P.I.)

Le U.O.O. devono consentire indagini diagnostiche e terapie per i casi più complessi, e la degenza ove indispensabile.
L'orientamento generale per età evolutiva, e soprattutto in N.P.I., deve esser quello di ridurre al minimo indispensabile la degenza ordinaria, ampliando al massimo l'attività in D.H., oltre a quella ambulatoriale. Questo allo scopo di ridurre il trauma psicologico dell'ospedalizzazione e favorire il più possibile la continuità della vita familiare-scolare-sociale del bambino o adolescente, anche attraverso progetti che riducano l'istituzionalizzazione di fatto connessa alle lungodegenze.
La degenza ordinaria sarà pertanto utilizzata soltanto per patologie neurologiche o psichiatriche che richiedano assistenza continua: stati di male epilettico o crisi subentranti, monitoraggio video-E.E.G. 24-ore, encefaliti, mieliti, poliradicoloneuriti acute e, nell'ambito psichiatrico, psicosi acute, stati di eccitamento, stati depressivi gravi (tutti questi in reparti che permettano la sorveglianza continua), anoressie gravi, ecc.
La gran parte dei casi potranno esser diagnosticati e trattati in regime di D.H.. L'attività di D.H. diviene quindi il fulcro dei reparti ospedalieri di N.P.I., che devono esser adeguatamente predisposti per attuarla. In linea generale è da ritenere che la gestione in D.H. di un paziente, per la concentrazione delle indagini in breve periodo di tempo, comporti un rilevante carico di lavoro, del quale si dovrà tener debito conto nella definizione dei costi relativi.
Durante la degenza deve essere garantita la massima opportunità di mantenere, compatibilmente con la diagnosi, rapporti di continuità con la famiglia, con la scuola, con i pari, ecc. al fine di non comprometterne il livello di integrazione sociale acquisito.

Alla programmazione delle sedi e dei letti di degenza a ciclo continuo diurno e notturno deve essere affiancato un monitoraggio delle diagnosi e della durata della degenza al fine di valutare l'appropriatezza dei ricoveri e stimolare la collaborazione con le altre realtà assistenziali territoriali.

a) Unità Operative Ospedaliere collocate in ospedali gestiti dalle A.S.L.

Svolgono attività di degenza ordinaria e di D.H. per patologie che richiedono osservazione prolungata e/o diagnostica strumentale di medio livello (E.E.G., E.M.G., potenziali evocati, T.A.C., es.liquor, dosaggio farmaci, test di screening per aminoacidopatie), oppure terapie effettuabili solo in DH o degenza, oppure riabilitazione intensiva.
Inoltre attività ambulatoriale diagnostico-terapeutico-riabilitativa in settori assimilabili a quelli dell'Unità Operativa Autonoma.

b) Unità Operative Ospedaliere ad alta specializzazione inseriti in Policlinici o Aziende Ospedaliere o I.R.C.C.S.

Svolgono attività di degenza ordinaria e di D.H. per patologie che richiedono osservazione prolungata e/o diagnostica strumentale di alto livello (E.E.G. veglia - sonno e dinamico, elettromiografia (E.M.G), velocità di conduzione del nervo (V.C.N.), potenziali evocati, T.A.C., R.M., esami liquorali anche immunologici, dosaggio farmaci, analisi per tutte le malattie neurometaboliche, biologia molecolare), oppure terapie effettuabili solo in DH o degenza (incluse patologie psichiatriche acute con necessità di contenimento) oppure riabilitazione intensiva.
Per quest'ultima dev'essere disponibile un'Unità per la riabilitazione delle gravi disabilità espressamente dedicata ai problemi rieducativi dei soggetti in età evolutiva, eventualmente articolata in sub unità, secondo quanto previsto dalle Linee guida per le attività di riabilitazione, dotata di specifiche competenze professionali.
Svolgono, inoltre, attività ambulatoriale diagnostico-terapeutico-riabilitativa in settori assimilabili a quelli dell'Unità Operativa Autonoma.

Deve esser inoltre prevista la possibilità di ricovero in regime di sorveglianza continua per alcune patologie psichiatriche acute in adolescenza, quali stati di eccitamento, psicosi, depressioni gravi con rischio di suicidio, dotati di personale infermieristico opportunamente qualificato.

Le strutture dovranno essere quantitativamente e qualitativamente adeguate alle esigenze di ricovero di pazienti gravi compresi quelli che necessitano di sorveglianza ed assistenza continua.

Le attrezzature presenti nell'Ente di appartenenza (o comunque disponibili in modo continuativo) dovranno rispondere ai requisiti specifici previsti per il III livello di assistenza.

8.3 Strutture semiresidenziali e residenziali

Per quanto riguarda le esigenze di residenzialità e semiresidenzialità afferenti alle funzioni e compiti della neuropsichiatria dell'infanzia, esse possono essere assolte dalle strutture residenziali e semiresidenziali ricomprese nei circuiti assistenziali della cura e della riabilitazione.

8.4 Riabilitazione in età evolutiva

In tema di riabilitazione, la tendenza alla deospedalizzazione, alla integrazione tra le varie competenze (neuropsichiatriche infantili, pediatriche, fisiatriche, ortopediche, ecc.) ed alla umanizzazione comporta una organizzazione articolata, con coinvolgimento prevalente del D.P. e del Distretto in collaborazione con le U.O.O. per le fasi più acute del quadro clinico che comporta disabilità.
In particolare, per quanto attiene la riabilitazione neuromotoria, sede per sede, a seconda dell'entità dell'utenza bisognosa di terapie riabilitative, della tipologia della domanda e del livello professionale dell'offerta, la Regione autorizza e accredita U.O. di riabilitazione territoriali e ospedaliere, che operano con forte integrazione con la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza sia a livello di Distretto che di Ospedale.

Si fa specifico riferimento alla "Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione" sancite dall'accordo Governo, Regioni e Province autonome (Provvedimento del 7.5.1998, ai sensi degli artt. 2 e 4 del D. L.vo n. 281 del 21.08.1998 – G.U. n.124 del 30.5.1998) che adottano quale modello di riferimento il percorso integrato sociosanitario che implica l'intima connessione dei programmi di intervento sanitario miranti a sviluppare tutte le risorse potenziali dell'individuo disabile con interventi sociali finalizzati a rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali a suo favore, al fine dell'inserimento e dell'integrazione nel contesto sociale (famiglia, scuola, ambiente di lavoro) , oppure, in caso di particolare gravità o di assenza di autosufficienza, dell'attivazione di progetti di "tutela a vita ", tagliati a misura dei bisogni dell'individuo.

1. Riabilitazione neuromotoria
   Vi è l'esigenza che nell'ambito del distretto vi sia una integrazione tra l'U.O. di N.P.I. e l'Unità di Riabilitazione, al fine di orientare gli interventi sulla base delle competenze necessarie per una visione globale e integrata dei bisogni degli assistiti.
   La U.O. di N.P.I. collabora con le altre professionalità (pediatria, fisiatria, ortopedia, ecc.) coinvolte nel trattamento delle disabilità neuromotorie e, a seconda della fase clinica e dei problemi prevalenti, tale collaborazione si realizza in differenti contesti:
   - presso le U.O. di Patologia Neonatale, le U.O. di Pediatria e le U.O. di N.P.I. nelle fasi acute;
   - presso le U.O. per le Disabilità Gravi in età evolutiva previste dalle Linee Guida per la riabilitazione;
   - presso i presidi ambulatoriali di riabilitazione, nonché presso i presidi riabilitativi a ciclo diurno ed i centri socio-riabilitativi indicati dalle Linee Guida per la riabilitazione.

   In particolare, per le attività ambulatoriali previste dall'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile a livello di Distretto, dovrà essere realizzato un modello operativo di équipe (Nucleo Operativo integrato) che assicuri una presa in carico globale, integrata e continuativa dell'utente.
   Alle Regioni è demandato il compito di definire e di realizzare il modello organizzativo dell'équipe multiprofessionale per la riabilitazione.

2. Riabilitazione psicomotoria, neurocognitiva e psichiatrico-sociale
   Nell'ambito delle patologie cognitive, dell'apprendimento e del linguaggio, il percorso riabilitativo si attua in stretto collegamento con le attività di diagnosi e richiede un'integrazione delle unità ospedaliere e territoriali, e la cooperazione di più professionalità (psicologi, psicologi dell'età evolutiva, terapisti della neuro- e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori professionali, e tecnici della riabilitazione psichiatrica e psicosociale).

Una particolare attenzione, con una organizzazione di nuclei operativi specificamente competenti, va data alla riabilitazione delle patologie autistiche e di quelle psichiatriche in genere, per le quali può essere preminente l'intervento rivolto al reinserimento sociale.
L'integrazione sociale del soggetto disabile deve essere perseguita sin dalle prime fasi della presa in carico, privilegiando tutti gli interventi che permettono la crescita del bambino nel suo contesto ambientale, poiché risulta sempre molto problematico un reinserimento dopo che si sia realizzato un distacco.
Non vanno inoltre misconosciuti i limiti di un approccio eccessivamente sanitario al problema di queste disabilità, considerati i limiti tuttora evidenti delle possibilità terapeutiche per molte patologie ed il ruolo importante del contesto nella positiva integrazione del soggetto disabile.

3. Assistenza residenziale e semiresidenziale
Le esigenze di assistenza residenziale e semiresidenziale sono assolte dalle strutture a ciò deputate dalle citate linee-guida nazionali sulla riabilitazione (G.U. n. 124 del 30/5/98). Nell'ambito di tale strutture potranno essere funzionalmente garantite anche le funzioni di "comunità terapeutica semiresidenziale o residenziale". La comunità terapeutica semiresidenziale o residenziale attua piani terapeutici per gravi disturbi psichiatrici in preadolescenza e adolescenza in soggetti che necessitano di ospitalità diurna o a ciclo continuo per periodi di temporaneo soggiorno extradomiciliare, anche in coerenza con il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998 – 2000" che, negli interventi da compiere, per quanto riguarda l'età evolutiva, prevede espressamente " comunità diurne e residenziali per adolescenti il cui contesto psicologico ed educativo garantisce trattamenti prolungati" e ne definisce l'organizzazione.
La comunità opera in continuità e in stretto collegamento con la rete dei servizi del Distretto.

AZIONI

- Collaborare con le strutture distrettuali, con il D.P., e con le strutture ospedaliere nel ridurre la prevalenza delle situazioni perinatali ad elevato rischio attraverso i progetti regionali o dipartimentali di tutela della salute della gestante, di diagnostica prenatale e di terapia fetale, di assistenza al parto, di regionalizzazione delle gravidanze a rischio,ecc,
- Promuovere la diagnosi precoce di tali disabilità perinatali al momento della nascita o del ricovero per patologia neurologica infantile, neuromuscolare, neurosensoriale oppure al momento dei controlli di salute affidati al pediatra di libera scelta o al consultorio familiare nel rispetto di protocolli coinvolgenti tutte le competenze afferenti all'organizzazione dipartimentale dell'area materno – infantile.
- Promuovere la diffusione delle conoscenze sulla offerta di servizi e di opportunità sul versante sanitario e su quello socio-assistenziale, in stretta collaborazione con il P.L.S. e con il P.C., nonché con la integrazione tra le varie strutture coinvolte e con la collaborazione con le associazioni, il volontariato, ecc.
- Verificare, potenziare ed aggiornare le risorse umane e strumentali a disposizione dei disabili, evitando ogni forma di parcellizzazione e frammentazione dei centri di riferimento, e potenziando i supporti a livello domiciliare
- Attivare politiche di integrazione funzionale che facilitino la collaborazione tra aree di intervento diverse: sanità, sociale, assistenziale, scuola, ecc. e che coinvolgono le funzioni del D.P. riguardanti la protezione e la prevenzione del soggetto in età evolutiva ed il passaggio all'età adulta.

Si riportano in Allegato 6 i requisiti e gli standard di fabbisogno indicativi per le U.U.O.O. territoriali, ospedaliere, semiresidenziali e residenziali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza che possono essere prese come riferimento nelle attività di programmazione regionale.

ASSISTENZA NEUROPSICHIATRICA IN ETA' EVOLUTIVA		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
- *Integrazione degli interventi a favore dell'infanzia-adolescenza con problemi neuropsichiatrici*	- *Protocolli attinenti percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con approccio multidisciplinare.*	- *N° protocolli attivati*
- *Massima tendenza alla deistituzionalizzazione e alla deospedalizzazione*	- *Attivare protocolli per il raccordo tra le attività di N.P.I. territoriali e ospedaliere*	- *Numero e tipologia di protocolli attivati per il raccordo tra le attività di N.P.I. territoriali e ospedaliere*
- *Individuazione delle aree di ricovero dedicate ai soggetti con problemi di competenza N.P.I.*	- *Rispetto dei requisiti delle strutture dedicate ai soggetti con problemi di competenza NPI.*	- *Giornate medie di degenza/anno nei pazienti con diagnosi afferente ai D.R.G. di N.P.I.* - *U.O. territoriali e ospedaliere di NPI attivate* - *Percentuale assistiti per aree patologiche e per fasce d'età*
- *Promuovere le opportune iniziative (gruppo di lavoro sull'adolescente) che faciliti il passaggio del soggetto con problemi di neuropsichiatria dalla età adolescenziale a quella adulta*	- *Partecipare a percorsi di supporto attivo all'adolescente con disagio familiare e/o scolastico* - *Partecipare a programmi rivolti ai minori in stato di deprivazione affettiva, di abbandono, di disagio scolastico, abusati, sottoposti a provvedimenti giudiziari, ecc., anche ai fini dell'inserimanto attivo in società.*	- *Percentuale di percorsi attivati* - *Percentuale di programmi attivati*
RIABILITAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
- *Integrazione tra programmi e azioni di intervento sanitario e sociale multidisciplinare* - *Diagnosi precoce e approccio riabilitativo globale multidisciplinare fin dalla nascita o dalla comparsa della patologia disabilitante;* - *Passare dalla valutazione della disabilità-invalidità alla valorizzazione della abilità-capacità personale al fine dell'integrazione scolastica e lavorativa*	- *Programmazione regionale per l'integrazione operativa tra U.O. ospedaliere e territoriali di N.P.I. ed U.O. di fisiatri (rete dei Nuclei Operativi Integrati)* - *Attivare politiche regionali e locali di integrazione tra sanità, sociale, assistenziale, scuola, lavoro, con riferimento all'integrazione scolastica e lavorativa* - *Attivazione del registro regionale delle disabilità con riferimento alla valutazione funzionale dei soggetti disabili*	- *Percentuale di Nuclei Operativi Integrati tra U.O. di N.P.I. ed i Servizi di fisiatria costituiti* - *Percentuale di utenti per i quali è stato realizzato un intervento di équipe sia in fase diagnostica che in fase riabilitativa* - *Percentuale di Protocolli operativi suddivisi per patologie e fasce d'età attivati*

9. SALUTE DEGLI ADOLESCENTI

La promozione della salute e l'assistenza nell'età adolescenziale deve essere potenziata al fine di garantire uno stato di maggiore benessere a questa fascia di cittadini, che ponga anche le basi di una migliore qualità della vita adulta futura. Questa esigenza non trova oggi adeguata risposta a causa di carenze istituzionali e della frammentarietà degli interventi di salute per gli adolescenti.

L'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile deve prioritariamente sviluppare strategie di intenti appropriate, favorire l'integrazione tra i servizi coinvolti, predisporre strumenti di monitoraggio, operando in modo integrato a differenti livelli, sia per la prevenzione, sia per i trattamenti.

I LIVELLO : valutazione dello sviluppo adolescenziale, prevenzione e centri di prima consultazione
Questo livello coinvolge molteplici ambiti e profili professionali che devono operare in équipe (pediatra di libera scelta, medico di medicina generale, pediatra di comunità, psicologo, neuropsichiatra infantile, ginecologo, assistente sociale, ecc.).
Gli interventi devono essere coordinati a livello distrettuale con coinvolgimento dei C.F., degli ambulatori specialistici, dei servizi sociali, ecc. I C.F. possono essere il punto di riferimento attorno al quale organizzare la rete delle risorse.
Molta attenzione deve essere riservata a questo livello alla educazione alla salute e all'analisi delle condizioni socio-familiari o ambientali predisponenti alla devianza o al disagio. A tal riguardo sono da definire, sede per sede, programmi di intervento concordati tra Sanità, Pubblica Istruzione, Grazia e Giustizia, Affari Sociali, ecc.
I C.F., in rete aziendale, hanno compiti di individuazione di situazioni di difficoltà, di primo accoglimento della domanda di aiuto, di counselling, di trattamento breve su situazioni emergenti a patologia sfumata, e di coordinamento.
Presso i C.F. viene attivato un punto di ascolto e di raccolta, anche telefonico, delle richieste di chiarificazione, di consultazione e di supervisione alle situazioni difficili che possono essere rilevate nei diversi luoghi di convivenza coinvolgenti problemi adolescenziali: la famiglia, la scuola, i luoghi di aggregazione, ecc.
I C.F. devono essere messi in rete all'interno dell'Azienda, con i vari servizi specialistici e,
all'esterno con tutti i potenziali invianti (famiglie, sanità, scuola, giustizia, associazionismo, mondo del lavoro).

II LIVELLO : trattamenti a ciclo diurno – notturno o in regime di ricovero.
E' collocabile a livello di strutture per l'ospitalità diurna e notturna e a livello ospedaliero. In quest'ultimo caso il servizio ospedaliero è identificabile con l'U.O. pediatrica, integrata dall'U.O. ospedaliera di neuropsichiatria infantile, ove prevista, e comunque collegata funzionalmente con l'U.O. di neuropsichiatria infantile del distretto.
Le funzioni di coordinamento devono essere affidate, per quanto attiene alle problematiche generali pediatriche (inerenti la fisiopatologia dello sviluppo, endocrinologiche, sessuali e internistiche) ad un pediatra con competenze in adolescentologia, anche integrato nell'équipe della U.O.O. di pediatria; per quanto riguarda i disturbi psicoemotivi ed i disturbi del comportamento, ad un neuropsichiatra infantile. Nell'ambito della programmazione regionale devono essere date norme di indirizzo per le emergenze – urgenze psichiatriche (vedi U.O. di N.P.I.) nonché per l'identificazione delle strutture di II livello. E' determinante una stretta collaborazione con tutte le competenze che si

rendessero necessarie e disponibili ed in particolare con il ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale e l'assistente sanitario.
Dev'essere prevista, sempre a livello di organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile, una attività di psicoterapia per adolescenti, da collocare in una sub-U.O. progettata e gestita in modo peculiare in funzione dei bisogni specifici di questa fascia di popolazione.

Particolare attenzione deve essere rivolta ai disturbi delle condotte alimentari.

La presenza sul territorio di varie strutture che ospitano minori con problematiche molto complesse suggerisce di offrire loro presidi di supervisione e consulenza sistematici, con particolare riferimento alla esigenza prioritaria di fare afferire il minore a strutture dedicate sia sotto il profilo logistico sia per competenze professionali specialistiche, tenendo in particolare conto i problemi delle emergenze – urgenze psichiatriche, nel contesto dei rapporti con i servizi di salute mentale soprattutto ai fini della continuità terapeutica nelle fasi di passaggio all'età adulta.

L'azienda, nella predisposizione della carta dei servizi deve dare adeguata visibilità all'accesso telefonico, con particolare riferimento per le chiamate di urgenza – emergenza psichiatrica in età adolescenziale.

SALUTE DEGLI ADOLESCENTI		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
- *Monitoraggio dello sviluppo e del disagio adolescenziale in aderenza al Piano d'Azione del Governo italiano per l'infanzia e l'adolescenza*	- *Attivare a livello di C.F. punti di ascolto alle domande di aiuto e di consulenza per giovani* - *Attivare contatti tra scuola, C.F., attività di volontariato, mondo del lavoro, famiglie per riconoscere e risolvere il disagio scolastico, sociale, familiare, ecc.* - *Integrazione tra P.L.S., P.C., C.F. e strutture specialistiche territoriali e ospedaliere per il trattamento dei disturbi adolescenziali*	- *Percentuale di C.F. che hanno attivato punti di ascolto per adolescenti* - *Percentuale di abbandono scolastico* - *Percentuale di nati da madri minorenni* - *Tasso di abortività nelle minorenni* - *N° di adolescenti assistiti a livello ospedaliero in regime di ricovero e durata media dei ricoveri* - *Percentuale di suicidi e di tentativi documentati di suicidio nei minorenni, su base campionaria*
	- *Promuovere programmi di prevenzione degli incidenti stradali in età adolescenziale*	- *Percentuale di incidenti stradali con coinvolgimento di minorenni*
	- *Promuovere programmi finalizzati alla educazione alla salute*	- *Percentuale di adolescenti con competenze appropriate sulla salute, su base campionaria*
	- *Attivare interventi specifici per il riconoscimento e le prime cure per problematiche correnti di natura psichica e psico - sociale*	- *Percentuale di interventi specifici attivati*

10. MALTRATTAMENTI, ABUSI E SFRUTTAMENTO SESSUALE DEI MINORI

Il maltrattamento si concretizza ne " gli atti e le carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, affettivo, intellettivo e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di terzi"*(IV seminario criminologico – Consiglio d'Europa, Strasburgo, 1978).*

Il maltrattamento può concretizzarsi in una condotta attiva (come percosse, lesioni, atti sessuali, ipercura) o in una condotta omissiva (incuria, trascuratezza, abbandono). L'assenza di evidenze traumatiche nel fisico non può escludere l'ipotesi di maltrattamento.

Il trauma relativo al maltrattamento e alla violenza, in particolare quella sessuale, se non rilevato, diagnosticato e curato, può produrre disturbi psicopatologici o di devianza nell'età adulta.

Ogni intervento finalizzato a contrastare il maltrattamento non può prescindere da una politica globale di prevenzione primaria, volta ad evitare che si verifichino situazioni di disagio nelle quali spesso, ove non sostenute in tempo, possono innestarsi fenomeni di maltrattamento nelle sue varie forme.

Lo Stato, le Regioni, gli Enti Locali devono istituire e potenziare servizi sanitari e socio-assistenziali per garantire soprattutto ogni intervento idoneo a rimuovere le situazioni che determinano il maltrattamento nei diversi stadi dell'età evolutiva del bambino, quale strumento fondamentale di prevenzione anche in riferimento a quanto suggerito da organismi interistituzionali quali, ad esempio, la Commissione contro gli abusi, i maltrattamenti e lo sfruttamento sessuale dei minori (D.P.C.M. 26.2.1998) nello specifico documento "Proposte di intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento" – settembre 1998.

Azioni

- Aumentare in tutto il territorio nazionale, a livello aziendale o interaziendale, le competenze di personale sanitario e socio-assistenziale in grado di intervenire in questo specifico settore;
- Attivare in tutte le aree territoriali servizi di aiuto alla famiglia e ai bambini in difficoltà;
- Fornire una adeguata formazione agli operatori, sia iniziale sia in itinere, tale da poter sospettare, diagnosticare o prendere in carico casi di maltrattamento ed abuso;
- Sviluppare un'azione di coordinamento dei servizi che operano sia in area sociale che sanitaria in modo tale da essere in grado di dare risposte congrue, globali e in tempi utili;
- Favorire l'interazione della rete dei servizi pubblici con l'area giudiziaria, l'area scolastica e del privato sociale;
- Promuovere nella collettività una nuova consapevolezza dei diritti del bambino.

Strategie

1. Rilevamento dei dati e delle risorse

- Far emergere il fenomeno, indagarlo e conoscerlo sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo: integrare i dati raccolti tramite l'area giudiziaria, i dati relativi ai casi conosciuti dall'area sociale, dall'area sanitaria (pronto soccorso, pediatri di libera scelta e medici di medicina generale, consultori familiari, U.O. di neuropsichiatria infantile e di psicologia dell'età evolutiva), con i dati provenienti da altre fonti (centri specialistici pubblici e privati, linee telefoniche di aiuto, ecc.)
- Predisporre una mappa delle risorse disponibili sul territorio in grado di dare risposte in termini di rilevamento, protezione, diagnosi e cura dei minori maltrattati e fornirla ai servizi territoriali coinvolti. (legge n. 451/97 "*Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia")*

2. Formazione

2.1 Formazione di base sul fenomeno del maltrattamento da parte di tutti coloro che operano a contatto con i bambini perché acquisiscano le competenze necessarie a comprendere i segnali di disagio.

La formazione mira all'acquisizione di nuove competenze specifiche , allo sviluppo di nuove capacità di accoglienza nei confronti del disagio sofferto dal bambino anche all'interno della propria famiglia al fine di essere in grado di individuare, il più precocemente possibile, nei loro comportamenti, i segnali del disagio e i sintomi rivelatori del maltrattamento e attivare, altrettanto precocemente, percorsi di protezione e percorsi di presa in carico psico-sociale e sanitaria, che devono essere gestiti da operatori specializzati nel settore.

2.2 Formazione specialistica per gli operatori delegati a diagnosticare il maltrattamento e a prendere in carico la vittima e la famiglia.

Sul territorio devono essere identificate professionalità di riferimento in grado di fornire le informazioni corrette sul "cosa fare" quando viene riconosciuto un segnale di disagio, "come e a chi segnalare" al fine di mettere in moto la rete di protezione, nonché il percorso di aiuto al bambino e, ove possibile, al nucleo familiare.

3 Organizzazione dei servizi "in rete"

3.1 Servizi integrati in rete : servizi integrati su tutto il territorio in grado di porsi come riferimento e supporto nei casi di maltrattamento) che devono garantire negli ambiti territoriali di competenza ed in accordo con gli Enti Locali di riferimento due livelli funzionali:

a) ***organizzativo,*** attraverso la costituzione di task force di riferimento alla cui formazione concorrono più servizi e nel cui ambito si riconoscono compiti di raccordo e di coordinamento di uno o più servizi integrati in rete.

A questo livello le funzioni sono soprattutto di consulenza agli operatori in particolare sulle problematiche e sull'accertamento del maltrattamento, di collegamento e coordinamento dei servizi in rete, di raccolta dati e monitoraggio del fenomeno, di formazione degli operatori (medici, insegnanti, ecc.).

In linea di massima non si dovrebbero costituire équipes che si occupino solo di maltrattamenti e abusi a tempo pieno, bensì si dovrebbero individuare operatori "referenti" messi a disposizione a tempo parziale, per una attività progettuale specifica, che devono operare in stretta collaborazione con gli operatori dei servizi che possono essere coinvolti a livello distrettuale. Il servizio sociale ed il C.F. rappresentano il collegamento funzionale con le altre competenze collegate in rete sul territorio: pediatria ospedaliera, Pediatria di Comunità, Pediatria di Libera Scelta, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, SERT, Servizio di psichiatria adulti.

b) ***operativo***, finalizzato alla presa in carico dei casi, nella valorizzazione delle risorse esistenti, per evitare la sovrapposizione degli interventi e la moltiplicazione delle figure di riferimento

A questo livello compete l'attività di sensibilizzazione, prevenzione e formazione (specie nel contesto scolastico), l'ascolto e l'intervento su segnalazioni e rapporti con l'Autorità Giudiziaria, l'informazione per la rilevazione precoce e tempestiva dei segnali, il trattamento del bambino e della famiglia, gli interventi di emergenza (in raccordo con il centro di coordinamento) la protezione fisica e psicologica del bambino/a vittima tramite il collegamento con le comunità di accoglienza e pronto intervento.

Nella fase di individuazione dell'iter diagnostico e terapeutico, laddove si renda necessario, gli operatori del gruppo di riferimento collaborano con il servizio sociale, le forze dell'ordine, la magistratura minorile ed ordinaria sulla base di accordi che indichino ruoli, funzioni e responsabilità di ciascuno.

3.2 Protocolli d'intesa. Le Regioni devono individuare una comune metodologia d'intervento a carattere multidisciplinare, predisporre l'integrazione dei percorsi sanitari , sociali e giudiziari ed il coordinamento delle risorse pubbliche e private. I protocolli d'intesa rappresentano un efficace strumento per definire i ruoli, le funzioni, le modalità, i percorsi, le interazioni tra le diverse istituzioni e tra le istituzioni e le realtà di privato sociale, cui devono fare riferimento tutti gli operatori del pubblico e del privato.
In particolare le Regioni dovranno individuare poli di riferimento in strutture pubbliche attrezzate adeguatamente con operatori di professionalità specifica, per consentire l'audizione protetta di minori da parte dell'autorità giudiziaria competente

E' opportuna la identificazione di aree a rischio per stabilire priorità di intervento a seconda dei rilievi epidemiologici.

La scuola rappresenta il luogo privilegiato di osservazione del disagio dei bambini e degli adolescenti e rappresenta il contesto sul quale puntare l'attenzione per interventi mirati di prevenzione. L'insegnante è il tramite per una rilevazione precoce ed il suo ruolo deve essere maggiormente valorizzato e adeguatamente formato; ogni intervento integrato deve vedere rappresentata la scuola.

Oltre alla scuola e quindi i Provveditorati agli Studi, soggetti istituzionali ed Enti coinvolti sono principalmente: le Regioni e gli Enti Locali, (singoli o associati), le Aziende sanitarie e ospedaliere, le Prefetture, l'Autorità Giudiziaria, gli Uffici Minori delle Questure e la Polizia giudiziaria, i Centri per la giustizia minorile, il privato sociale, Enti e Associazioni di volontariato, Enti e strutture di formazione e di ricerca, Università, altri soggetti a vario titolo organizzati.

MALTRATTAMENTI, ABUSI E SFRUTTAMENTO SESSUALE DEI MINORI		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
- *Attivare l'offerta attiva di strumenti informativi e comunicativi che aiutino la popolazione a riconoscere e contrastare le situazioni di maltrattamento e abuso dell'infanzia*	- *Istituire équipes di riferimento per le informazioni e le segnalazioni*	- *Percentuale di équipes di riferimento costituite rispetto alle programmate*
	- *Promuovere nella collettività la conoscenza dei diritti del minore*	- *Percentuale dei casi di abuso segnalati sulla popolazione* - *Percentuale dei casi di abuso accertati dalle strutture sanitarie sui segnalati* - *Percentuale di interventi di protezione attiva per i casi sospetti o accertati*
	- *Attivare corsi di perfezionamento per gli operatori sanitari e sociali in prima linea*	- *N° corsi di perfezionamento attivati*
	- *Attivare collegamenti informativi tra servizi sociali, servizi sanitari e scuole, per una migliore sorveglianza degli abusi e per una pronta prevenzione secondaria*	- *Percentuali di PLS, scuole, comunità, servizi sanitari che collaborano ai fini del riconoscimento precoce delle situazioni di rischio*
	- *Identificare opportunità di aiuto alla famiglia ed ai minori in difficoltà*	- *Percentuale di C.F. che hanno attivato centri di ascolto/aiuto alla famiglia e ai minori*
	- *Attivare ed adeguare i programmi di prevenzione dello sfruttamento lavorativo dei minori*	*Percentuale di dipartimenti. che hanno attivato percorsi di reinserimento nella scuola o nelle attività lavorative regolari a favore di minori in condizioni di sfruttamento segnalato dall'ispettorato del lavoro*
	- *Attivare una rete ad hoc di collegamenti funzionali tra area sanitaria, area sociale, area giudiziaria, area scolastica, area del volontariato, ecc.*	- *Percentuale di reti di collegamento attivate*
	- *Attivare un registro locale su indicazioni regionali relativo ai casi documentati di:* - *Abuso-maltrattamento* - *Sfruttamento lavorativo* - *Sfruttamento sessuale*	

11. SALUTE DELLA DONNA IN TUTTE LE FASI DELLA VITA

L'impegno alla difesa ed alla promozione della salute della donna deve tenere conto dell'adeguamento alla realtà socio sanitaria e culturale profondamente mutata negli ultimi tempi e deve portare ad una più diretta politica in favore della famiglia, anche in riferimento alla responsabilità di cura che la donna ha all'interno della stessa.

Per una organizzazione sanitaria che faccia fronte alla sfida della qualità e che coniughi efficacia ed efficienza ad equità, vanno considerati anche i fenomeni legati ai cambiamenti sociali.

L'incremento della presenza della donna in ambito produttivo non ha visto una contemporanea crescita di servizi tali da offrire un migliore supporto alla famiglia e ciò, insieme ad altri fattori, ha contribuito a determinare dei cambiamenti nelle scelte riproduttive.

I tassi di fecondità nel nostro Paese, pur con differenziazioni regionali sono oggi tra i più bassi d'Europa. La riduzione della natalità, sin dalla fine degli anni 70, interessa tutte le regioni italiane, determinando non solo la nota caduta dei relativi livelli, ma modificando anche le caratteristiche strutturali del comportamento riproduttivo, quali l'ordine e la cadenza delle nascite.

L'innalzamento dell'età media al parto sia per le prime nascite che per le successive, delinea soprattutto una tendenza a posticipare l'inizio della vita riproduttiva , con circa un quarto dei primi figli tra donne di età uguale o superiore a 30 anni.

La presenza della donna nella realtà produttiva comporta, nei confronti della sua salute, una maggiore esposizione ad eventuali fattori di rischio derivanti dagli ambienti di lavoro. Nell'ambito della promozione della tutela della salute della donna in ambiente lavorativo, l'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile deve coordinarsi e collaborare strettamente con il D.P. nella realizzazione di programmi specifici, in particolare per quanto riguarda la salute riproduttiva. Inoltre, la consapevolezza dei rischi connessi all'attività lavorativa, domestica e non, deve essere patrimonio di tutte le U.O. dell'organizzazione dipartimentale e deve essere tenuto costantemente presente in ogni tipo di intervento che riguardi la donna.

Un elemento poi che non può essere trascurato è il fatto che l'aumento di speranza di vita della popolazione ha fatto si che il periodo post-fertile della vita femminile si sia allungato, dall'età media della menopausa alla aspettativa media di vita (82-83 anni), di circa trenta anni. Si calcola infatti che le donne di età superiore ai 50 anni siano oggi tra 9 e 10 milioni.

In questa età, per la chiara evidenza epidemiologica particolare interesse deve essere rivolto ad alcune patologie quali le malattie cardiovascolari, l'osteoporosi, ecc..
Tenuto conto, inoltre, che la cessazione dell'attività ovarica comporta effetti che, pur di minor rilievo in termine di salute fisica, possono compromettere sensibilmente la qualità della vita della donna, particolare interesse deve essere rivolto a situazioni quali l'incontinenza urinaria, le problematiche relazionali e quelle legate alla sessualità.

La promozione della salute, la prevenzione ed il trattamento delle principali patologie ginecologiche in tutte le fasi della vita devono essere garantiti attraverso una completa integrazione dei servizi dei diversi livelli operativi.
Ad ogni donna deve infatti essere assicurato, nell'ambito dell'organizzazione regionale delle cure, un idoneo percorso che le consenta di accedere con facilità al livello di cura più adeguato e completo al suo caso.

La promozione della salute, la prevenzione e la presa in carico devono essere assolti dal I livello, rappresentato dalla rete dei C.F.; l'attività di diagnosi e cura ambulatoriale dal II livello, livello rappresentato dagli ambulatori specialistici del Distretto e dell'Ospedale.
L'attività di diagnosi e cura ospedaliera devono costituire il III livello. In esso devono essere affrontate la diagnostica specialistica di livello superiore ed il trattamento con adeguate risorse strumentali ed esperienza professionale in merito alla sterilità ed infertilità, alla patologia ginecologica benigna e maligna, ai problemi delle malattie a trasmissione sessuale, ai problemi connessi con l'età post-fertile ed alla menopausa, comprendendo in questo anche i problemi di ginecologia urologica.

L'ampia tematica correlata alla violenza, agli abusi e maltrattamenti sulle donne deve trovare risposta attraverso un percorso che si articoli nei tre livelli sulla base delle competenze e capacità di interventi.

La promozione della salute della donna, è oggetto di forte interesse da parte del presente Progetto il quale, anche secondo quanto previsto dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27.3.1997 sviluppa, tra l'altro, gli obiettivi relativi alla prevenzione e tutela della salute (obiettivi strategici C1-C5) indicati nella dichiarazione e nel programma d'azione della IV Conferenza mondiale sulle donne – Pechino 1995.

Sino ad ora la tutela della salute della donna è stata perseguita attraverso l'offerta di prestazioni, spesso integrata da interventi terapeutici, per lo più fruiti dalla popolazione femminile che spontaneamente accedeva al servizio e con forti limitazioni per quanto attiene alla tipologia dell'offerta stessa, almeno in parte dovute a difficoltà burocratiche, alla scarsa disponibilità di risorse e agli ostacoli nel realizzare il lavoro di équipe multidisciplinare.

Si vuole invece che l'offerta di interventi faccia parte di una ben definita strategia di prevenzione orientata da identificati obiettivi generali e specifici, nonché da un processo di promozione della salute che aiuti la persona ad arricchire le proprie competenze per effettuare scelte più consapevoli.
Tutto ciò deve prevedere una maggior attenzione rivolta a:
- Favorire l'offerta attiva delle misure preventive;
- Favorire la massima integrazione tra il Consultorio Familiare, i servizi (ambulatoriali, sociali, socio-assistenziali) del Distretto e le strutture ospedaliere;
- Favorire il dialogo, il confronto e l'integrazione operativa tra i profili professionali tradizionalmente afferenti al Consultorio Familiare ed il personale di altri profili professionali che opera sul territorio, compreso quello coinvolto nella attività di diagnosi e cura primaria ;
- Maturare l'attitudine negli operatori alla valutazione quale strumento per la riqualificazione ;
- Riconsiderare l'offerta relativa ai problemi di salute della donna, salute vista nella sua globalità, in tutte le fasi della vita.

In un progetto più ampio di tutela della salute della donna va quindi prevista la riqualificazione del Consultorio Familiare, sia in termini organizzativi che operativi, che integri l'offerta consultoriale con quella delle altre strutture territoriali facenti capo all'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile in modo tale che, distretto per distretto o ASL per ASL si persegua una maggiore efficacia ed efficienza, coniugata ad una maggiore equità, e si contraggano le attuali dispersioni di risorse finanziarie e umane, quali sono quelle che troppo spesso realizzano interventi parcellari e ripetitivi nella medesima popolazione che, per contro, vede insoddisfatti altri bisogni primari.

SALUTE DELLA DONNA IN TUTTE LE FASI DELLA VITA		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
- *Ridurre il divario tra Nord e Sud per quanto attiene l'offerta e la qualità dei servizi ospedalieri e territoriali di cura e prevenzione* - *Promuovere la procreazione cosciente e responsabile tutelando le gravidanze a rischio e fornendo adeguato sostegno alle famiglie.*	- *Favorire l'offerta attiva di misure di prevenzione, a livello distrettuale, con particolare attenzione per le fasce deboli* - *Promuovere programmi di educazione alla salute, con particolare riferimento alla salute riproduttiva, nelle scuole, nei luoghi di aggregazione giovanile, nella popolazione generale, con l'integrazione della rete dei servizi.*	- *Percentuale di donne raggiunte negli specifici programmi di prevenzione* - *Percentuale di adolescenti e di popolazione adulta, su base campionaria, con conoscenze appropriate sulla fisiologia della riproduzione e problematiche connesse* - *Incidenza dell'IVG*
- *Promuovere la prevenzione in ambito oncologico*	- *Identificazione ed assistenza delle gravidanze a rischio* - *Aumento della copertura della popolazione bersaglio per i tumori della sfera genitale femminile*	- *Diminuzione dell'handicap* - *Incidenza tumore del collo dell'utero* - *Incidenza tumore della mammella* - *Percentuale di donne che effettuano pap-test e mammografia con regolarità secondo le linee guida della Commissione Oncologica Nazionale*
- *Favorire il benessere fisico e psico-sociale del periodo post-fertile della donna con particolare attenzione alle malattie a forte valenza sociale*	- *Promuovere l'aggiornamento professionale sulle problematiche del climaterio e della menopausa* - *Promuovere programmi di educazione alla salute che possono stimolare cambiamenti verso stili di vita protettivi per il benessere psico-fisico*	- *Percentuale di personale che frequenta i corsi* - *Percentuale di donne che hanno cambiato stile di vita, su base campionaria*
- *Prevenire gli episodi di violenza contro la donna e migliorare l'assistenza alle donne che hanno subito violenza.*	- *Formazione del personale dei pronto soccorsi e offerta attiva di assistenza* - *Favorire l'emersione del sommerso del fenomeno della violenza*	- *Percentuale del personale delle strutture di primo intervento coinvolto nei programmi di formazione* - *Percentuale di donne assistite appropriatamente sul totale dei casi di violenza segnalati*

- *Prevenzione dei rischi di salute della donna in ambiente di lavoro*	- *Applicazione normativa sulla tutela della salute della donna in ambiente di lavoro*	- *Incidenza aborti spontanei per fattori di rischio lavorativo* - *Incidenza nati malformati per fattori di rischio lavorativo* - *Incidenza infortuni sul lavoro* - *Incidenza incidenti domestici*

12. CONSULTORI FAMILIARI

Il Consultorio familiare costituisce un importante strumento, all'interno del Distretto per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza, e delle relazioni di coppia e familiari.
Le attività consultoriali rivestono infatti un ruolo fondamentale nel territorio in quanto la pecularietà del lavoro di équipe rende le attività stesse uniche nella rete delle risorse sanitarie e socio-assistenziali esistenti.

Dalla emanazione della legge 405/75 e delle leggi attuative nazionali e regionali, le condizioni di regime dei Consultori per completezza della loro rete e stabilità del personale non sono ancora state raggiunte e, soprattutto al Sud, persistono zone con bassa copertura dei bisogni consultoriali.

L'esigenza di integrazione nel modello dipartimentale, e soprattutto la messa in rete dei Consultori Familiari con gli altri servizi sia sanitari che socio-assistenziali degli Enti Locali, impone un loro adeguamento nel numero, nelle modalità organizzative e nell'organico, privilegiando l'offerta attiva di interventi di promozione della salute attraverso la realizzazione di strategie operative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di salute da perseguire nel settore materno infantile.

E' necessario cioè attuare strategie preventive in cui siano chiaramente definiti: gli obiettivi (riduzione dell'incidenza o prevalenza degli eventi o delle condizioni che si vogliono prevenire), i sistemi e gli indicatori di valutazione (di processo e di esito), la popolazione bersaglio da coinvolgere (quella a rischio di produrre gli eventi e le condizioni), le modalità operative per il coinvolgimento della popolazione e per l'erogazione delle misure di prevenzione, la valutazione dei fattori di rischio della non rispondenza e dell'incidenza o prevalenza degli eventi o condizioni nella quota di popolazione non raggiunta.

L'adeguamento dell'attività consultoriale agli obiettivi individuati può essere realizzato, privilegiando l'offerta attiva, attraverso l'implementazione di programmi di promozione della salute, definiti secondo i criteri sopra esposti, le attività dedicate alla programmazione operativa ed alla valutazione, alla formazione ed aggiornamento, nonchè gli interventi rivolti all'utenza spontanea ed alla presa in carico dei casi problematici identificati nell'attività svolta nei programmi di prevenzione.

Si tratta, cioè di ripensare le modalità operative con lo scopo di privilegiare gli interventi di prevenzione primaria e diagnosi precoce. L'attività di diagnosi e cura dovrebbe assumere una competenza di "prima istanza" riservata in particolare alla presa in carico (garantendo ove necessario percorsi preferenziali per l'accesso alle strutture dell'organizzazione dipartimentale) dei casi problematici identificati nell'attività svolta nei programmi di prevenzione o segnalati dalla pediatria di libera scelta (P.L.S.), dalla scuola, dai servizi sociali, ecc.

Poiché i fattori di rischio sono per lo più distribuiti in modo non uniforme sul territorio e poiché la popolazione a maggior rischio è generalmente quella più difficile da raggiungere, le attività di prevenzione e diagnosi precoce passano attraverso una offerta attiva modulata per superare le barriere della comunicazione, anche mirando a recuperare i non rispondenti.

Il consultorio si integra nella rete dei servizi territoriali a livello distrettuale e deve essere salvaguardato il lavoro di équipe, fondamentale per garantire globalità e unitarietà dell'approccio

preventivo. L'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile garantisce l'integrazione con gli altri servizi territoriali e con quelli ospedalieri e degli Enti Locali per permettere la continuità della presa in carico e per la realizzazione degli interventi di promozione della salute, di cui è responsabile per quanto attiene a programmazione, coordinamento generale e valutazione, in collaborazione con il D.P.
I C.F., coordinati tra loro e con gli altri servizi coinvolti, mettono a punto gli aspetti operativi e realizzano le strategie di intervento operativo.

L'azione del Consultorio Familiare deve poter contare su solide radici nel tessuto sociale e sanitario territoriale ed essere orientata dalle evidenze epidemiologiche della comunità in cui il Consultorio familiare opera.
In particolare tale connotazione richiede la capacità di interlocuzione con gruppi, associazioni, istituzioni educative a vario titolo presenti ed operanti nel territorio, nonché la capacità di stabilire rapporti permanenti tra i vari presidi e servizi, anche al fine di garantire percorsi di assistenza agevoli e completi, in special modo a chi si trova in condizioni di elevato rischio sociale o sociosanitario.
Inoltre deve privilegiare la globalità e la unitarietà delle risposte ai bisogni emergenti nei vari ambiti di azione (tutela dell'età riproduttiva ed evolutiva, tutela della famiglia, delle fasce socialmente deboli, dell'handicap) e l'integrazione con le U.O. territoriali e le U.O. Ospedaliere afferenti al DP ed all''organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile .
Va ribadito che per il raggiungimento degli obiettivi di globalità e unitarietà degli interventi deve essere sostenuta e sviluppata l'attività di integrazione dei servizi sociali nei comuni singoli e/o associati, anche tramite la stipula di convenzioni o di accordi di programma. Ciò anche nel rispetto delle diverse articolazioni con cui si possono definire i rapporti tra Aziende Sanitarie ed Enti Locali.

La valutazione dell'efficacia degli interventi, verificati attraverso indicatori specifici di progetto, deve rappresentare la base per l'aggiornamento culturale e professionale e per la riqualificazione operativa nonché lo strumento per confrontarsi con gli altri servizi.

Tale approccio, perseguito nel P.O., non può che determinare, attraverso l'integrazione sociosanitaria, una volta ridefiniti i livelli essenziali, uniformi ed appropriati di assistenza, una riallocazione delle risorse in base alle priorità individuate quali obiettivi di salute leggibili e attuabili anche nel processo di definizione del budget delle strutture operative da parte delle A.S.L. nel rispetto degli indirizzi organizzativi e dei criteri di finanziamento espressi dalle amministrazioni regionali.

La legge n. 34/96 prevede un consultorio familiare ogni 20.000 abitanti . E' opportuno distinguere tra zone rurali e semiurbane .

Essendo il Distretto la sede di coordinamento delle azioni territoriali della ASL il Consultorio Familiare, nel rispetto delle prerogative sue proprie, istituzionali ed operative, si integra nell'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile afferendo al Distretto, dove dovranno altresì raccordarsi le attività e gli operatori del settore socio-assistenziale

Per lo svolgimento delle sue funzioni il consultorio si avvale, di norma, delle seguenti figure professionali : ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitario, infermiere pediatrico (vigilatrice di infanzia), infermiere (infermiere professionale), il cui intervento

integrato, proiettato nelle problematiche della prevenzione, ne definisce la fisionomia e specificità rispetto ai presidi di natura ambulatoriale e ospedaliera.
Devono essere previste, in qualità di consulenti, altre figure professionali quali il sociologo, il legale, il mediatore linguistico-culturale, il neuropsichiatra infantile, l'andrologo e il genetista presenti nella ASL a disposizione dei singoli consultori.

Attivita' consultoriale
Il consultorio familiare mantiene la propria connotazione di servizio di base fortemente orientato alla prevenzione, informazione ed educazione sanitaria, riservando alla attività di diagnosi e cura una competenza di "prima istanza", integrata con l'attività esercitata al medesimo livello, sul territorio di appartenenza delle U.O. distrettuali ed ospedaliere e dei servizi degli Enti Locali.

Sul piano organizzativo, l'integrazione deve essere completamente attivata da una parte all'interno del consultorio familiare stesso, tra figure a competenza prevalentemente sanitaria e quelle a competenza psico – sociale e socio-assistenziale sviluppando il lavoro di équipe e dall'altra con gli altri servizi e U.O. territoriali (ginecologia ambulatoriale, pediatria di libera scelta, psicoterapia, neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva, ecc.) nonché con le U.O. ospedaliere.

La realizzazione di un proficuo e serio rapporto territorio/ospedale, che deve essere configurato nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile deve basarsi sulla complementarità dei diversi servizi nel rispetto delle reciproche autonomie e specificità, da realizzare attraverso ben definiti progetti che vedano coinvolti diversi ambiti operativi e attraverso lo sviluppo di programmi di aggiornamento permanente, alla luce degli indicatori di esito e di processo.

E' necessario identificare un responsabile del consultorio (o dei consultori, qualora siano più di uno nel territorio del dipartimento) che coordini l'attività del Consultorio Familiare e monitorizzi il conseguimento degli obiettivi, fungendo da garante nei confronti dell'organizzazione dipartimentale.

L'ambito di competenza consultoriale può concretizzarsi in alcuni obiettivi di salute prioritari alla luce del Piano Sanitario Nazionale:

Spazio Adolescenti
Le attività di promozione della salute in età adolescenziale vanno svolte quanto più possibile negli ambiti collettivi (soprattutto nelle scuole). In tal modo i servizi si accreditano e divengono punti di riferimento per gli adolescenti. L'attività di promozione della salute offre l'opportunità di rendere visibili gli stati di disagio per i quali fornire aiuto, organizzando più diffusamente gli spazi adolescenziali nei C.F..
Il consultorio deve associare alla capacità di offerta attiva dei programmi di prevenzione una funzione di accoglienza e presa in carico per chi accede spontaneamente al servizio.
Molta attenzione deve essere riservata all'educazione alla salute e all'analisi delle condizioni socio-familiari o ambientali predisponenti alla devianza o al disagio. Sono da definire programmi di interventi sociosanitari concordati con altre Istituzioni: Pubblica Istruzione, Giustizia, ecc.

Azioni

- Coordinare con gli organi scolastici l'offerta attiva di corsi di informazione ed educazione alla salute nelle scuole (sulla fisiopatologia della riproduzione, alimentazione, educazione alla affettività, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, ecc.).
- Promuovere un'offerta attiva dello spazio giovani nel consultorio per dare la possibilità di approfondimento a livello individuale e/o per piccoli gruppi agli stessi studenti coinvolti nei corsi di educazione alla salute effettuati presso le scuole. Lo spazio giovani rappresenta anche una grande opportunità per tutti gli adolescenti e l'informazione di questa disponibilità potrebbe essere data contattando i luoghi di aggregazione giovanile e offrendo un accesso a tale spazio in orari graditi all'utenza.
- Predisporre incontri con genitori degli alunni delle scuole elementari e medie, sulle problematiche della sessualità in età adolescenziale e più in generale, incontri di formazione-informazione finalizzati a rendere gli adulti più consapevoli ed informati delle problematiche proprie dell'adolescenza, mettendoli in grado di porsi in una posizione di ascolto attivo che favorisca la comunicazione adolescente-adulto.

Relazioni di coppia, di famiglia e disagio familiare

Questo ambito operativo ha acquisito col passare degli anni una importanza rilevante tra le azioni del Consultorio Familiare, in particolare per tutto ciò che attiene la consulenza relazionale, le consulenze riguardanti problemi e difficoltà in ordine alla sessualità, alle scelte e alle decisioni procreative, all'esercizio di ruoli genitoriali. Interventi in ordine a conflitti di coppia ed intergenerazionali nonché a situazioni di disagio familiare con particolare attenzione ai nuovi assetti della famiglia (unioni di fatto, famiglie con un solo genitore, famiglie ricostituite, famiglie miste quanto a provenienza etnica, ecc.), rappresentano un'area di interesse in forte espansione in rapporto a crescenti domande.

Particolare attenzione deve essere rivolta ai problemi dei figli di genitori separati e alla donna in corso di separazione.

Un particolare ambito di attività, da svolgere in raccordo con i servizi socio-assistenziali e con le autorità giudiziarie competenti, riguarda tra l'altro i casi di abuso, maltrattamento, incuria, ecc. nonché l'affido familiare, l'adozione, il matrimonio fra minori, il sostengo a gravidanze e maternità a rischio sociale, la problematica attinente la separazione/divorzio (in particolare i conflitti riguardanti l'affido dei figli).

Deve essere inoltre prevista l'assistenza psicologica in ordine a problemi sessuali connessi ad episodi di abuso e/o violenza sessuale. In particolare, su questi casi deve attivarsi l'intera équipe operativa in quanto la complessità dei problemi richiede interventi specifici, ma strettamente integrati, di natura sanitaria, psicologica, sociale e giudiziaria come da indicazioni contenute nel già citato Documento *"Proposte di intervento per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del maltrattamento"*.

La terapia delle patologie sessuali è da prevedere a livello sovra distrettuale (o comunque secondo un dimensionamento che garantisca l'uso razionale delle risorse professionali) ove presenti competenze in sessuologia (II livello) e/o centri multidisciplinari (III livello).

Azioni

- Attivare progetti di ricerca attiva e valutazione dei casi di grave ritardo o evasione vaccinale (su segnalazione dei servizi vaccinali) e dei casi di grave basso profitto o abbandono scolastico (su segnalazione delle scuole).
- Garantire un collegamento con i pronto soccorsi per offrire consulenza ed eventualmente aiuto in caso di lesività domestica (con particolare riferimento a quelle riguardanti i bambini e le

donne) la cui causa o le cui modalità richiedono approfondimento sulle condizioni dell'ambiente familiare.
- Monitorare il disagio giovanile con particolare correlazione all'assetto della famiglia, al rapporto con la scuola, ecc.
- Offrire supporti al singolo e alla famiglia per superare le difficoltà relazionali.
- Garantire il supporto psicologico e sociale al singolo e alla famiglia nelle diverse crisi.
- Garantire il collegamento con l'autorità giudiziaria per le situazioni più a rischio.

Controllo della fertilità e procreazione responsabile
Deve essere potenziata l'offerta attiva di consulenza tendente all'espressione di una sessualità rispondente ai bisogni del singolo ed una maternità e paternità responsabili.
Compito del Consultorio Familiare è quello di aiutare le donne e le coppie a scegliere tra le varie possibilità ciò che più si adatta ai propri valori culturali ed etici ed ai propri bisogni e stili di vita, tenendo conto della fase del ciclo della vita riproduttiva.

In tema di sterilità e infertilità di coppia il ruolo del Consultorio Familiare consiste in un primo approccio con la coppia, nell'esclusione di una grossolana patologia a carico dell'apparato genitale e nella consulenza inerente la fisiologia riproduttiva, l'adeguatezza nella frequenza dei rapporti, ecc., e quindi indirizzare alle strutture idonee per il successivo iter diagnostico e terapeutico.

Azioni
- Garantire l'offerta attiva a tutte le coppie di un colloquio prematrimoniale sulla fisiologia della riproduzione, sulla procreazione responsabile, sulla salute riproduttiva, sulla responsabilità genitoriale, sulle dinamiche relazionali, sull'accertamento di condizioni di rischio per consulenza genetica e indirizzo al servizio specifico, sulla prevenzione immunitaria (rubeo test, vaccinazione contro la rosolia) e non immunitaria (rischio di esposizione a contagio, per es. toxoplasmosi), sulla diagnosi prenatale precoce.

A colloqui individuali possono seguire, o essere proposti in alternativa, incontri di gruppo.
All'approccio prevalentemente diagnostico-terapeutico attualmente dominante deve essere affiancato quello psicologico e educativo - informativo.

Il Consultorio Familiare rappresenta la struttura territoriale di primo ascolto e di primo intervento, con funzioni di collegamento con le scuole e con i servizi socio-assistenziali dei comuni per raggiungere le fasce sociali più disagiate.

Assistenza in gravidanza
L'informazione alle donne in gravidanza, sostenuta da mezzi e metodi della comunicazione di massa, dovrà essere realizzata anche mediante inviti individuali alle donne (segnalate dai medici di base, dalle strutture distrettuali, dall'ufficio ticket al momento della richiesta dell'esonero dalla partecipazione al costo, ecc.).
Tenuto conto del diritto della gravida alla scelta della figura professionale o della struttura territoriale o ospedaliera cui affidarsi nel percorso nascita, l'offerta attiva del Consultorio Familiare dovrà privilegiare le donne e le coppie che possono trovare difficoltà di accesso ai servizi pubblici e privati.

Azioni

- Offrire colloqui informativi sulla gravidanza (assistenza, servizi disponibili, corso di preparazione alla nascita, facilitazioni relative ai congedi lavorativi, esclusione dalla partecipazione al costo della spesa sanitaria, ecc.).
- Offrire attivamente i corsi di preparazione al parto, alla nascita, al ruolo genitoriale e all'assistenza post-parto, con particolare riferimento alla promozione dell'allattamento al seno;
- Garantire la prevenzione delle malformazioni congenite, l'assistenza alla gravidanza fisiologica e l'individuazione delle gravidanze problematiche ed a rischio: tale attività va offerta attivamente nelle situazioni di gravi difficoltà sociali, con particolare riferimento alle donne extracomunitarie e/o nomadi, avendo particolare cura di garantire il rispetto delle specifiche culture di appartenenza, anche attraverso la collaborazione con le associazioni di volontariato operanti sul territorio.
- Adottare una cartella ostetrica ambulatoriale orientata da linee guida condivise;
- Monitorare la crescita ed il benessere fetale anche mediante l'indirizzo a prestazioni di tipo strumentale;
- Operare in stretto collegamento con i centri di diagnosi prenatale per i casi che lo richiedano;
- Offrire sostegno psicologico individuale e di coppia ed alle gestanti con facoltà di partorire in anonimato, come da legislazione vigente;
- Perseguire e mantenere contatti permanenti con i reparti ospedalieri in cui le donne andranno a partorire, anche attivando momenti strutturati di conoscenza reciproca, e prevedendo incontri di formazione comune tra operatori ospedalieri e territoriali privilegiando l'integrazione degli operatori dei C.F. e ospedalieri per quanto attiene il percorso nascita.
- Offrire sostegno e presa in carico sanitario, psicologico delle minorenni che affrontano la maternità senza reti familiari e parentali di appoggio o che intendono affrontare l'IVG predisponendo la relazione per il giudice tutelare.

Quale atteggiamento di particolare considerazione della collettività nei riguardi della donna gravida, devono essere predisposti interventi atti a privilegiare l'accesso ai servizi pubblici e privati (ambulatori, laboratori d'analisi, uffici, ecc.) secondo percorsi e facilitazioni che portino a ridurre per quanto possibile i tempi d'attesa ed i disagi della gestante.
La promozione dell'allattamento al seno, auspicata dagli Organismi internazionali, dal Ministero della Sanità e dalle Società scientifiche, riconosce nella corretta informazione in alcuni momenti prenatali e neonatali un'importanza fondamentale nell'offrire alla madre ed al neonato lattante condizioni più favorevoli al successo-soddisfacimento dell'allattamento naturale. Il contributo dei servizi territoriali, in particolare del Consultorio Familiare, durante i corsi di preparazione al parto, in occasione del contatto domiciliare dopo la dimissione precoce della coppia madre-neonato e della successiva offerta attiva di servizi a livello territoriale è di notevole rilevanza, purché inserito in un progetto di Azienda che integri le varie competenze ospedaliere e territoriali (comprese le Associazioni di volontariato) nella formazione ed aggiornamento specifici del personale e nel supporto diretto alla madre.

Assistenza alla puerpera ed al neonato

La frequente carenza di aiuto alla puerpera al momento del rientro a domicilio suggerisce un maggiore impegno dei servizi territoriali ed in particolare del Consultorio Familiare nell'aiuto a risolvere i problemi della puerpera e del neonato. Tale esigenza ha assunto particolare rilevanza a seguito dell'incremento numerico delle dimissioni ospedaliere precoci, che devono essere appropriate e concordate con la madre. In ogni caso devono essere esplicitati i criteri sanitari adottati per assicurare che madre e neonato siano dimessi in condizioni appropriate per la

prosecuzione delle cure a domicilio e le misure di salvaguardia del benessere della diade, con particolare riferimento alle dimissioni antecedenti le 48 ore dopo il parto.

Azioni

- Nel rispetto del principio della continuità assistenziale ed in presenza di effettive possibilità di cure domiciliari da parte dei servizi territoriali deve essere attivata un'offerta di assistenza ostetrica e pediatrica (almeno nell'attesa che il neonato sia registrato tra i clienti del pediatra di libera scelta), a domicilio almeno nel corso della 1ª settimana di vita, e soprattutto in caso di dimissione precoce. Deve essere tenuto in considerazione l'esigenza di tutela della salute fisica e psichica di madre e neonato e delle esigenze relazionali ed organizzative del nucleo familiare, in particolare modo in presenza di soggetti "a rischio" sociale o sociosanitario (extracomunitarie, nomadi, ecc.) rispetto i quali deve essere prevista una presa in carico complessiva, di concerto con i servizi sociali .

Prevenzione dell'IVG

La problematica dell'interruzione volontaria di gravidanza presenta certamente aspetti di grande delicatezza e complessità: da un lato implica infatti la necessità di cercare di rimuovere le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione (anche attraverso la stimolazione di interventi di natura sociale e socio sanitaria integrata) e, ove ciò risultasse vano, seguire adeguatamente (da un punto di vista sanitario, ma anche psicologico), nell'intero percorso assistenziale, la donna che richiede un IVG. Nel caso in cui tale richiesta provenga da minorenne senza assenso dei genitori, o da donna in situazione di disagio sociale e/o sociosanitario (con particolare riferimento a donne con problemi psichiatrici, tossicodipendenti, immigrate ecc.) l'intervento consultoriale deve farsi più attento e deve garantire, per quanto possibile, il "tutoring" dell'utente che si traduce in un vero e proprio affiancamento ed accompagnamento dell'intero percorso assistenziale.

Azioni

- offrire il colloquio;
- garantire il supporto psicologico e sociale. Qualora ne esistano le condizioni. deve essere previsto l'invio e/o la presa in carico della donna da parte del Servizio Sociale Comunale, al fine di attuare interventi di natura sociale e sanitari tesi a rimuovere le eventuali cause che la inducono la donna ad interrompere la gravidanza (anche avvalendosi, nel rispetto della sua volontà, delle associazioni di volontariato);
- assumere la presa in carico della donna che richiede l'IVG facilitandone il percorso verso le strutture di II – III livello, anche al fine di favorirne il ritorno al C.F. per la promozione della salute riproduttiva e la prevenzione della ripetitività dell'IVG.
- offrire interventi finalizzati alla consulenza per la procreazione consapevole post IVG, per la prevenzione del ripetuto ricorso all'IVG.

Prevenzione dei tumori femminili:

Il consultorio collabora all'attuazione dei programmi di screening regionali o aziendali su tumore del collo dell'utero e della mammella attivati secondo le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale. Al consultorio può essere assegnata la competenza dell'offerta attiva, mediante chiamata e verifica della non rispondenza.

Il consultorio deve collaborare per il supporto psicologico alla donna con patologia oncologica prima o dopo la terapia, anche attraverso la promozione di gruppi di auto aiuto.

Inoltre, il consultorio deve svolgere funzioni di presa in carico e di indirizzo verso i servizi specialistici di diagnosi e cura, facilitando i percorsi e gli accessi.

Condizione essenziale per tale obiettivo di salute è la collaborazione continua, secondo le linee operative dipartimentali, con i servizi di secondo e terzo livello (citologia, colposcopia, mammografia, ecc.) accreditati e con controllo di qualità.

Azioni
Tumore del collo dell'utero : offerta attiva del Pap-Test a tutte le donne di età compresa tra 25 e 64 anni, con periodicità triennale ove non sussistano condizioni di rischio (secondo le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale)
Tumore della mammella : il C.F. offre consulenza ed indirizza la donna verso i centri di diagnosi precoce per la prevenzione del tumore della mammella e, per le donne di fascia di età 50 – 69 anni, indirizza verso il programma di screening, secondo i le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale.

Interventi per l'età post-fertile
Pur essendo sufficientemente chiarito il rapporto causale tra carenza estrogenica, patologie degenerative e sintomatologia soggettiva, la sostituzione ormonale in menopausa non risulta comunque essere l'unica possibilità di prevenzione e cura. Uno stile di vita caratterizzato da dieta adeguata, attività fisica regolare e riduzione del fumo di tabacco e dell'uso di alcool, si è infatti dimostrato efficace nella prevenzione sia delle malattie cardiovascolari che dell'osteoporosi.
Risulta pertanto necessario selezionare prioritariamente le donne in rapporto alle esigenze individuali ed alle prospettive di prevenzione di patologie degenerative.

I Consultori Familiari devono promuovere la sensibilizzazione delle donne in età post-fertile alla prevenzione ed al trattamento delle malattie degenerative proprie dell'età, anche mediante la discussione, l'informazione e l'indirizzo a soluzioni personalizzate. Tale attività può anche essere svolta in modo complementare con l'offerta attiva del pap test.
Inoltre, per le donne in corso di trattamento con terapia ormonale sostitutiva, il C.F. può facilitare ed organizzare gli opportuni controlli strumentali periodici.

Azioni
- Promuovere l'aggiornamento professionale di ginecologi, medici di base, ostetriche, fisioterapisti sulle problematiche del climaterio e della menopausa e sulla possibilità di trattarla.
- Incentivare la consapevolezza delle donne circa la possibilità di migliorare il proprio stile di vita e la sessualità per la qualità della vita post-fertile.

Vaccinazioni
Il Consultorio Familiare, in sinergia con il DP e con il Distretto può intervenire nell'offerta attiva delle vaccinazioni per il conseguimento degli obiettivi del P.S.N. secondo le azioni e priorità indicate dal "Piano nazionale vaccini 1999-2000" (provvedimento 18 giugno 1999, Supp. Ord. n. 144 alla G.U. n.176 del 29.7.1999).
In particolare, in collegamento con i servizi responsabili dei programmi vaccinali potrebbe svolgere le indagini domiciliari nei casi in cui il bambino non sia stato portato alla seduta vaccinale e, con i suddetti servizi potrebbe collaborare alla realizzazione di campagne di educazione sanitaria e campagne vaccinali.

Si riportano in Allegato 7 i requisiti e gli standard di fabbisogno indicativi per i C.F. che possono essere presi come riferimento nelle attività di programmazione regionale.

CONSULTORI FAMILIARI		
OBIETTIVI	***AZIONI***	***INDICATORI***
- *Completamento della rete dei CF in applicazione della L. n. 34/1996*	- *Adeguamento, da parte della ASL, delle strutture logistiche e delle attrezzature alle funzioni da compiere*	- *Presenza di CF per area geografica* - *Percentuale di C.F. con strutture adeguate*
- *Disponibilità di profili professionali richiesti dal lavoro di équipe*	- *Reclutamento dei profili professionali necessari in rapporto alle risorse disponibili ed agli obiettivi definiti nei piani aziendali*	- *Percentuale di C.F. con organici adeguati* - *Percentuale di profili professionali dei ruoli laureati con rapporto a tempo pieno*
- *Massima integrazione del CF nell'organizzazione dipartimentale attraverso l'afferenza al Distretto e la collaborazione con i servizi sociali e socio – assistenziali ad esso afferenti*	- *Piano di integrazione sanitario – sociale – socio-assistenziale con coinvolgimento di tutti i servizi territoriali interessati e suo finanziamento*	- *Percentuale di C.F. che sono inseriti in programmi strategici di integrazione* - *Percentuale di C.F. che hanno attivato programmi di prevenzione della salute*
- *Migliorare le competenze degli adolescenti per quanto attiene scelte consapevoli per garantire il benessere psicofisico*	- *Offerta attiva di corsi di informazione ed educazione alla salute nelle scuole* - *Offerta attiva dello spazio giovani nel consultorio* - *Offerta attiva di incontri con i genitori degli alunni* - *Presa in carico dei casi di disagio adolescenziale segnalati e/o individuati*	- *N° classi coinvolte sul totale delle classi* - *N° degli insegnanti coinvolti sul totale degli insegnanti,* - *N° di incontri con i genitori sul totale dei plessi scolastici,* - *numero di accessi di adolescenti nell'ambito spazio giovani del consultorio;* - *incremento delle conoscenze sulla fisiologia della riproduzione e sull'igiene (su base campionaria);* - *numero di IVG in età minorile,* - *percentuale di gravidanze in minorenni*
- *Migliorare il benessere psicofisico e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia*	- *Su segnalazione dei servizi vaccinali attivare ricerca attiva e valutazione dei casi di grave ritardo o evasione vaccinale* - *Su segnalazione delle scuole attivare ricerca attiva e valutazione dei casi di grave basso profitto o abbandono scolastico* - *Offrire consulenza, in collegamento con i pronto soccorsi, in caso di lesività domestica in cui necessita un*	- *Percentuale di casi presi in carico (investigati ed assistiti) sul totale dei casi segnalati e/o individuati, nelle varie azioni*

	approfondimento sull'ambiente familiare - *Offrire supporti al singolo e alla famiglia per superare le difficoltà relazionali* - *Garantire il collegamento con l'autorità giudiziaria per le situazioni più a rischio* - *Presa in carico delle segnalazioni dell'autorità giudiziaria competente per le situazioni a rischio*	
- *Migliorare l'informazione e l'educazione alla salute per l'espressione di una sessualità rispondente ai bisogni del singolo e di una maternità e paternità responsabili*	- *Garantire l'offerta attiva a tutte le coppie di un colloquio prematrimoniale sulla fisiologia della riproduzione, sulla procreazione responsabile, sulla salute riproduttiva, sulla responsabilità genitoriale, sulle dinamiche relazionali, sull'accertamento di condizioni di rischio per consulenza genetica e indirizzo al servizio specifico, sulla prevenzione immunitaria e non immunitaria sulla diagnosi prenatale precoce*	- *numero coppie che aderiscono agli inviti individuali sul totale delle coppie che si sposano, nell'unità di tempo;* - *numero coppie che partecipano a incontri di gruppo;* - *numero coppie che utilizzano la consulenza genetica sul totale di coppie individuate essere a rischio.* - *numero accertamenti sullo stato immunitario rispetto alla rosolia,* - *numero vaccinazioni per rosolia sul totale delle suscettibili,* - *numero accertamenti sullo stato immunitario rispetto alla toxoplasmosi;* - *Incremento di percentuale di conoscenze sulla fisiologia della riproduzione (su base campionaria),* - *riduzione del tasso di IVG e, in particolare della sua ripetitività, valutata per fascia d'età con particolare riferimento alla fascia minorile o alle situazioni di maggior disagio sociale.*
- *Migliorare l'informazione e l'educazione alla salute delle donne sulla gravidanza e sulla gestione della stessa*	- *Offrire colloqui informativi sulla gravidanza* - *Offrire attivamente i corsi di preparazione al parto, alla nascita, al ruolo genitoriale e all'assistenza post-parto, con*	- *n. donne che accettano il colloquio sul totale delle donne in gravidanza nell'unità di tempo ;* - *n. donne che partecipano al corso di preparazione alla nascita* - *n. donne allattanti al seno sul*

	particolare riferimento alla promozione dell'allattamento al seno	*totale delle donne che hanno partorito, nell'unità di tempo (su base campionaria)* - *n. donne che seguitano ad allattare al seno dopo un mese dalla nascita (su base campionaria)*
	- *Favorire la prevenzione delle malformazioni congenite, l'assistenza alla gravidanza fisiologica e l'individuazione delle gravidanze problematiche ed a rischio*	- *percentuale di parti con taglio cesareo,*
	- *Adottare una cartella ostetrica ambulatoriale orientata da linee guida condivise*	- *percentuale di nati prematuri,* - *percentuale di nati di basso peso per l'età gestazionale*
	- *Monitorare la crescita ed il benessere fetale*	
	- *Operare in stretto collegamento con i centri di diagnosi prenatale per i casi che lo richiedano;*	- *percentuale di morti endouterine,* - *mortalità perinatale,*
	- *Offrire sostegno psicologico individuale e di coppia ed alle gestanti*	
	- *Perseguire e mantenere contatti permanenti con i reparti ospedalieri in cui le donne andranno a partorire, privilegiando l'integrazione degli operatori dei C.F. e ospedalieri per quanto attiene il percorso nascita.*	- *Percentuale di C.F. messi in rete con i servizi ospedalieri*
	- *Offrire sostegno e presa in carico sanitario, psicologico delle minorenni che affrontano la maternità senza reti familiari e parentali di appoggio o che intendono affrontare l'IVG predisponendo la relazione per il giudice tutelare.*	- *Percentuale di casi cui è stato offerto sostegno e presa in carico sul totale dei casi individuati e/o segnalati*
- *Migliorare il benessere psico-fisico della puerpera e del neonato*	- *Offerta attiva di visite domiciliari, con particolare riferimento al caso di dimissioni precoci e/o in situazioni di rischio sociale*	- *n. donne che accettano il colloquio sul totale delle donne che hanno partorito nell'unità di tempo,* - *n. donne coinvolte nel progetto aziendale di promozione dell'allattamento al seno,* - *n. puerpere che hanno richiesto e/o concordato la dimissione precoce e n. di*

		controlli domiciliari. - *Tempo medio dalla nascita all'iscrizione al P.L.S.* - *percentuale di bambini vaccinati entro un mese dal termine indicato dalla schedula vaccinale per le prime dosi delle vaccinazioni obbligatorie (su base campionaria);* - *conoscenze sulla fisiologia della riproduzione e sulla procreazione responsabile (su base campionaria)* - *percentuale di donne che allattano esclusivamente al seno sino al momento della dimissione ospedaliera e che seguiteranno ad allattare al terzo mese e al sesto mese ;* - *n. incidenti domestici nel 1° anno di vita; accessi al P.S. nel primo anno di vita,* - *ricoveri ospedalieri successivi alla dimissione precoce nel 1° mese di vita..*
- *Prevenire il ricorso all'IVG*	- *offrire il colloquio;* - *garantire il supporto psicologico e sociale* - *assumere la presa in carico della donna che richiede l'IVG* - *offrire interventi finalizzati alla consulenza per la procreazione consapevole post IVG, per la prevenzione del ripetuto ricorso all'IVG*	- *percentuale di certificazioni IVG rilasciate dai consultori;* - *tempo di attesa tra certificazione e intervento* - *riduzione della percentuali di ripetuto ricorso all'IVG.* - *Percentuale di donne che tornano al C.F. dopo l'IVG*
- *Riduzione dell'incidenza dei tumori femminili e della mortalità ad essi associata*	- *Tumore del collo dell'utero : offerta attiva del Pap-Test a tutte le donne di età compresa tra 25 e 64 anni.* - *Tumore della mammella :offrire consulenza ed indirizzare la donna verso i centri di diagnosi precoce per la prevenzione del tumore della mammella e, per le donne di fascia di età 50 – 69 anni, indirizza verso il programma di screening*	- *numero di donne che hanno effettuato Pap-test sul totale delle donne appartenenti alla popolazione bersaglio;* - *percentuale di ritorni di vetrini per inadeguatezza;* - *numero di donne indirizzate e che si sono realmente rivolte ai servizi di diagnosi precoce sul totale della corrispondente popolazione bersaglio;* - *numero di donne seguite nel percorso diagnostico terapeutico sul totale delle*

		donne con problema. - *riduzione di incidenza del tumore del collo dell'utero* - *diagnosi tempestiva e migliore prognosi delle neoplasie adeguatamente trattate con riduzione del numero dei casi avanzati per il tumore della mammella.*
- *Migliorare il benessere psico-fisico nell'età post-fertile*	- *Promuovere l'aggiornamento professionale sulle problematiche del climaterio e della menopausa e sulla possibilità di trattarla.* - *Incentivare la consapevolezza delle donne circa la possibilità di migliorare gli stili di vita e la sessualità per la qualità della vita post-fertile*	- *Percentuale di personale che frequenta i corsi* - *Percentuale di donne che hanno cambiato stile di vita, su base campionaria*
- *Migliorare le coperture vaccinali*	- *Collaborare, con i servizi responsabili dei programmi vaccinali, alla realizzazione di campagne di educazione sanitaria e campagne vaccinali.* - *In collegamento con i servizi responsabili dei programmi vaccinali svolgere indagini domiciliari nei casi in cui il bambino non sia portato alla seduta vaccinale*	- *Livelli di conoscenza, attitudini e competenze pratiche in tema di vaccinazioni (su base campionaria)* - *Percentuale di bambini investigati sul totale dei bambini segnalati in condizioni di grave ritardo vaccinale*

13. ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE DELL'AREA MATERNO-INFANTILE

Il modello organizzativo dipartimentale discende dalla normativa vigente che ha fornito indicazioni circa l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale nel settore materno infantile.

Il D.P.R. 128/1969 introduce, per la prima volta nel nostro Paese, la possibilità di realizzare "*strutture organizzative a tipo dipartimentale tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, al fine della loro migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico*".

Tali propositi non sono però stati seguiti da significative esperienze e, nel 1975, l'argomento è stato ripreso dalla legge 18.4.1975 n.148, che, nel confermare i concetti della normativa del 1969, introduceva la questione dell'integrazione dell'ospedale con altre istituzioni sanitarie extraospedaliere, stabilendo che nel previsto comitato di Dipartimento fossero inseriti i responsabili sanitari delle strutture esterne collegate.

La legge 148/75 demandava ad un successivo decreto la relativa normativa, emanata poi con il D.M. 8.11.1976. Il decreto prevedeva che le regioni promuovessero, con gradualità, l'istituzione dei Dipartimenti, al fine di garantire la convergenza di competenze ed esperienze nei diversi campi dell'assistenza, della ricerca e della didattica, favorendo l'aggiornamento professionale ed i collegamenti con le strutture extraospedaliere e consentendo, nel contempo, il superamento di molte disfunzioni, anche attraverso un maggior grado di umanizzazione all'interno delle strutture.

Di fatto, strutturalmente l'ospedale non si è modificato nonostante la legge 833/78 stabiliva che le Regioni " *disciplinano con legge l'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in Dipartimenti, in base al principio dell'integrazione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, a quello del collegamento tra i servizi ospedalieri ed extraospedalieri.... nonché a quello della gestione dei Dipartimenti stessi sulla base dell'integrazione delle competenze...* "

La successiva legge595/85 ha sancito una vera e propria svolta nell'organizzazione ospedaliera.
Con tale legge, infatti, viene stabilito il contenimento dei posti letto per unità di popolazione, e vengono introdotti concetti nuovi, come quello di aree funzionali omogenee, in quanto capaci di meglio realizzare il contenimento dei posti letto, pur mantenendo elevata la capacità operativa, anche attraverso l'ospedalizzazione a ciclo diurno, che per la prima volta compare tra le attività effettuabili proprio attraverso la riconversione degli spazi. In particolare con l'art. 10 viene prevista: " *la ristrutturazione, nel triennio 1986/88, in deroga a quanto previsto dagli artt. 36 e seguenti della legge 12.2.1968 n. 132, e dai DPR 27.3.1969, n.128 e 129, delle degenze ospedaliere in aree funzionali omogenee afferenti alle attività di medicina, di chirurgia e di specialità, che, pur articolate in divisioni, sezioni e servizi speciali di diagnosi e cura, anche a carattere pluridisciplinare, siano dimensionate in rapporto alle esigenze assistenziali e rappresentino misure di avvio all'applicazione dell'art. 1 della legge 23.12.1978, n.833*".

Tali concetti vengono ripresi dalla legge finanziaria '92, cioè la legge 30.12.91 n. 412 che, all'art. 4, fa obbligo alle Regioni di " *attuare a modifica di quanto previsto dalla legge 12.2.68 n. 132, il modello delle aree funzionali omogenee con presenza obbligatoria di day hospital, conservando alle unità operative che vi confluiscono l'autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza, nel quadro di una efficace integrazione e collaborazione con altre strutture affini e con uso in comune delle risorse umane e strumentali*"

Il D. L.vo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, all'art.4 comma 10, prevede che le Regioni " *provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'art. 4 della L. 30.12.91 n. 412, organizzando gli stessi presidi in Dipartimenti"*. Nello stabilire i criteri per la individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, prevede che questi debbano avere una "*organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità"*.

Tale modello ricomprende anche quanto previsto dal Decreto del Ministro della Sanità 29.1.1992 "Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità", nell'ambito delle norme organizzative previste all'art.4.

Il D. L.vo 502/92 , come modificato da ultimo dal D. L.vo 19 giugno 1999 n. 229, all'art. 7 bis definisce il modello operativo del dipartimento della prevenzione ed all'art. 17 bis, comma 1, sancisce che "*l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie"*.

La legge 28.12.1995 n. 549 : " Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" ribadisce che "*l'organizzazione interna degli ospedali deve osservare il modello dipartimentale"*, onde " *consentire a servizi affini e complementari di operare in forma coordinata per evitare ritardi, disfunzioni e distorto utilizzo di risorse finanziarie"*.

Il processo di aziendalizzazione, instauratosi coi Dec. Leg.vi 502/92 e 517/93 e successive integrazioni e modificazioni, coinvolge a pieno il territorio dell'Azienda sanitaria, inteso sia come ambito di intervento extraospedaliero all'interno del quale garantire l'erogazione di prestazioni assistenziali sia come sede fisica di strutture cui fare riferimento.
Per la specifica area materno – infantile già norme precedenti avevano previsto specifici interventi sui minori in età scolare (D.P.R. 11.2.1961 n. 264 e D.P.R. 22.12.1976 n. 1518), sulle donne e sulle coppie (legge n. 405/75 e n. 194/78), e sul minore bisognoso di tutela (legge n. 285/97).
Ora tali interventi extraospedalieri, secondo la logica dei livelli uniformi di assistenza, da garantirsi da parte della relativa struttura organizzativa aziendale, confluiscono nelle U.U.O.O. Distrettuali.

Il Distretto infatti risulta essere la sede ottimale, quale area di integrazione sociosanitaria, per il funzionamento dei servizi. Il Distretto, inoltre, consente l'interazione sinergica tra i vari soggetti protagonisti delle azioni volte al perseguimento del benessere personale e sociale.

Il processo di aziendalizzazione comporta una ridefinizione di rapporti tra ambito sanitario e socioassistenziale sia alla luce del D.L.vo n. 502 (Delega ai Comuni), della Legge n. 142/90 (Accordi di programma) e del D.L.vo n. 229/99 (integrazione sociosanitaria).

Dall'analisi delle disposizioni normative al riguardo, risulta lo sforzo del legislatore di proporre modelli di integrazione delle strutture, tali da garantire una più efficiente organizzazione degli interventi sociosanitari.
L'area funzionale omogenea dà una risposta a tale esigenza, attraverso l'aggregazione di unità operative che conservano la propria autonomia.

Risulta quindi necessario creare fra territorio ed ospedale, alla luce della legislazione vigente, una sinergia che nasca da strutture di pari dignità.

Ciò va inteso come la realizzazione di un coordinamento funzionale per perseguire obiettivi strategici e scelte operative finalizzate al miglioramento della qualità delle azioni di prevenzione cura e riabilitazione con particolare attenzione alle fasce di popolazione più deboli nell'utilizzo integrato dei fattori produttivi.

Il Decreto L.vo. n. 229/99 all'art. 17 bis, comma 1, sancisce che " l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie".

L'organizzazione dipartimentale è quindi un modello organizzativo grazie al quale Unità Operative Ospedaliere (U.O.O.) e/o Unità Operative Territoriali (U.O.T.), mediante l'erogazione di specifiche prestazioni in base alle previsioni del programma annuale aziendale, concorrono al conseguimento degli obiettivi di salute secondo le indicazioni del P.S.N. e dei Piani Regionali (Sanitari e Socioassistenziali).

Nel Dipartimento confluiscono, nel rispetto della programmazione regionale, sulla base dell'art. 2 del D.L.vo n.502/92 e successive modifiche ed integrazioni, U.O.O. e U.O.T. interdipendenti, rispetto alle azioni di programma previste, che mantengono tuttavia la propria autonomia, secondo il piano dei centri di responsabilità individuato.

Nell'area materno – infantile il modello organizzativo è un Dipartimento tecnico - funzionale non equiparato quindi ad una struttura operativa dotata di proprio budget.
Le U.U.O.O. territoriali e ospedaliere che lo compongono mantengono la loro collocazione all'interno delle strutture operative previste dal D. L.vo n.502/92 e successive modifiche ed integrazioni (Distretto, Ospedale a contabilità separata ovvero Azienda ospedaliera, Policlinico universitario, I.R.C.C.S.) le quali, nella definizione dei rispettivi budget dovranno tener conto degli obiettivi dell'organizzazione dipartimentale.

Nelle aree metropolitane, in cui convergono più aziende ospedaliere ed ASL potrà essere presa in considerazione la stipula di appositi accordi interaziendali per il raggiungimento degli obiettivi fissati, sulla base di linee guida regionali.

L'interdipendenza reciproca che si verifica sia tra strutture operative che tra unità operative della stessa struttura richiede pertanto nel primo caso la necessità di un coordinamento e nel secondo caso l'individuazione di centri di responsabilità specifici.
Tale coordinamento consente di indirizzare le attività delle U.O. coinvolte per ridurre la frammentazione ed i connessi possibili fenomeni di contraddittorietà degli interventi e migliorare la qualità degli stessi nel rispetto dei livelli essenziali, uniformi ed appropriati di assistenza, garantendone l'interdisciplinarietà e la continuità.

Le Regioni, per quanto detto in premessa, devono prioritariamente prevedere, nel rispetto delle indicazioni dettate dal P.S.N. e dai P.S.R., l'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile. cui compete la realizzazione dei programmi assistenziali per la popolazione target, definiti sulla base della programmazione regionale, aziendale e distrettuale, con il coinvolgimento di tutte le UU.OO Territoriali e Ospedaliere interessate, secondo gli indirizzi organizzativi del D. L.vo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, al fine di realizzare gli obiettivi di salute anche nella logica della integrazione sociosanitaria.

E' così possibile ipotizzare l'istituzione di Dipartimenti che vedono nell'ambito dell'area ospedaliera, compiti di diagnosi e cura, e nell'area territoriale compiti di promozione della salute, di prevenzione, cure primarie, riabilitazione ed integrazione fra interventi sanitari e socio-assistenziali, interventi tutti che nel loro complesso devono garantire l'unitarietà dell'approccio assistenziale particolarmente importante in questa area.

Il modello organizzativo dipartimentale dell'area materno - infantile, nel rispetto della logica dell'integrazione anche con le Aziende Ospedaliere, è un dipartimento tecnico-funzionale tipicamente trasversale, coinvolgendo U.U.O.O. afferenti a diversi livelli organizzativi aziendali.

Con riferimento alla tipologia dell'Azienda (Azienda U.S.L. comprendente U.O.O. e U.O.T., Azienda Ospedaliera Autonoma, Policlinico Universitario, I.R.C.C.S.) il modello organizzativo dipartimentale potrà essere caratterizzato da ambiti di azione, organi e modalità organizzative diverse, nel rispetto degli obiettivi generali prefissati dai P.S.N. e P.S.R. per l'area materno - infantile.

L'organizzazione dipartimentale nella singola Azienda raccoglie ed integra funzionalmente le varie U.U.O.O. che operano nell'area materno infantile.
Nell'organizzazione dipartimentale trasversale dell'area materno – infantile viene realizzata la complementarità tra Aziende diverse, per il raggiungimento degli obiettivi fissati, sulla base delle linee programmatorie regionali, nell'ambito dei rispettivi piani aziendali.

Nel rispetto degli obiettivi dei P.S.N. e P.S.R. e in attuazione della programmazione aziendale e distrettuale, delle relative priorità individuate sulla base dei dati epidemiologici, compito dell'organizzazione dipartimentale è di attivare azioni mirate al soddisfacimento dei bisogni della popolazione dell'area materno - infantile del territorio di appartenenza proponendo altresì la distribuzione delle risorse necessarie al conseguimento degli obiettivi prefissati.

Compiti dell'organizzazione dipartimento sono quindi:
- ♦ nel rispetto delle Linee Guida, elaborare protocolli attuativi, coordinare le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione a livello territoriale ed ospedaliero, ottimizzare le risorse e per garantire prioritariamente la:
- tutela della salute della donna in tutte le fasi ed ambienti di vita;
- tutela della procreazione e tutela sociale della maternità e paternità responsabile;
- tutela dell'unità madre - neonato all'interno del percorso nascita;
- tutela della salute dei minori fino al raggiungimento dell'età adulta;
- tutela del minore disabile e dei soggetti socialmente deboli;
- prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali anche in riferimento agli abusi e maltrattamenti;
- offerta attiva di interventi preventivi;
- integrazione socio sanitaria;
- umanizzazione dell'assistenza, con particolare riferimento al momento della nascita.
- ♦ Garantire i livelli assistenziali attraverso l'individuazione ed il coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie nell'ambito di un approccio globale alla persona, per mezzo delle seguenti funzioni:
- prevenzione
- attività ambulatoriale
- preospedalizzazione
- Day-Hospital e Day-Surgery
- emergenza ed urgenza continua nelle 24 ore
- ricovero ordinario
- organizzazione e responsabilità dei trasferimenti interni e del follow-up
- dimissione protetta e assistenza domiciliare integrata
- riabilitazione

- ◆ Raggiungere gli obiettivi prefissati attraverso le seguenti modalita':
- didattica, formazione ed aggiornamento;
- ricerca e sorveglianza epidemiologica;
- informatizzazione , studio e applicazione di sistemi integrati di gestione;
- coordinamento ed integrazione delle risorse disponibili dell'area materno - infantile;
- adeguamento dei modelli operativi anche nel rispetto dei requisiti minimi funzionali ed organizzativi;
- elaborazione ed applicazione di specifiche Linee Guida;
- utilizzazione ottimale degli spazi assistenziali, del personale e delle apparecchiature;
- organizzazione dell'attività libero - professionale intramuraria nell'ambito del Dipartimento;
- valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita;
- individuazione e promozione di nuove attività o di nuovi modelli operativi.

Il personale delle U.U.O.O. territoriali e ospedaliere che afferiscono all'organizzazione dipartimentale, pur mantenendo l'appartenenza alla U.O. alla quale è assegnato, opera in un sistema organizzativo caratterizzato dalla massima integrazione, ai fini del perseguimento di livelli assistenziali appropriati ed uniformi.

Poichè il personale rappresenta la principale risorsa messa, indirettamente, a disposizione, e poiché questo costituisce la quota preponderante delle risorse conferite alle U.U.O.O. di appartenenza, l'organizzazione del lavoro cui deve tendere il modello dipartimentale al fine di garantire obiettivi di efficienza e di efficacia è quella della metodologia per progetti.

L'integrazione funzionale deve quindi essere orientata all'utilizzo dei fattori produttivi in funzione di progetti mirati, identificando i centri di responsabilità corrispondenti, specificando il contributo che ciascuna struttura operativa fornisce al progetto.
E' opportuno che tale modalità comprenda anche i Servizi Sociali secondo la logica dei piani di zona dei servizi.

Il Decreto L.vo n.229/99 all'art.17 bis prevede che la direzione del dipartimento sia affidata dal direttore generale ad un dirigente con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento e definisce le caratteristiche e le modalità di svolgimento dell'incarico. Affida inoltre alla Regione la disciplina della composizione e delle funzioni del Comitato di dipartimento nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento".

Nel caso di accordi tra aziende devono essere preconfigurate soluzioni che rispettino al massimo l'autonomia delle singole Aziende, le quali, condividendo obiettivi derivati dal P.S.R. e attuando strategie comuni a favore della popolazione dell'area materno - infantile, concorreranno in misura diversa al finanziamento dei progetti, in relazione all'impegno che ciascuna Azienda dedica ai progetti, oggetto degli accordi.

In pratica, le Aziende coinvolte :
1. concorrono al raggiungimento degli obiettivi generali del Piano Sanitario Regionale per quanto attiene all'area materno - infantile;
2. condividono tra loro obiettivi specifici e strategie operative correlate alle norme di indirizzo regionale.

ALLEGATI

Tali allegati contengono indicazioni orientative per le regioni da adattare alle proprie esigenze di programmazione sanitaria regionale e costituiscono un contributo tecnico per tutte le realtà istituzionali coinvolte nel processo di attuazione del P.S.N. 1998-2000 relativamente al campo materno-infantile.

1. Requisiti e standard di fabbisogno assistenziale indicativi per le unita' operative di ostetricia e di neonatologia ospedaliere (U.O. autonome o aggregate alla U.O. di pediatria)
2. Requisiti e standard di fabbisogno indicativi per il trasporto materno e neonatale
3. Requisiti e standard di fabbisogno indicativi per le U.O.O. pediatriche
4. Requisiti e standard di fabbisogno indicativi per le U.O.O.. pediatriche di altissima specializzazione (malattie croniche e disabilitanti)
5. Requisiti e standard di fabbisogno indicativi per l'urgenza e l'emergenza pediatrica di iii livello
6. Requisiti e standard di fabbisogno indicativi per le U.U.O.O.. territoriali, ospedaliere, semiresidenziali e residenziali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
7. Requisiti e standard di fabbisogno indicativi per i consultori familiari

ALLEGATO 1

1. REQUISITI E STANDARD DI FABBISOGNO ASSISTENZIALE INDICATIVI PER LE UNITA' OPERATIVE DI OSTETRICIA E DI NEONATOLOGIA OSPEDALIERE (U.O. AUTONOME O AGGREGATE ALLA U.O. DI PEDIATRIA)

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Unità funzionali ostetriche di I livello
Unità che, in assenza di patologie accertate, controllano la gravidanza ed assistono la gravida al parto in età gestazionale > 34 settimane.

STANDARD DI QUALITA':
- parti/anno : non inferiori a 500;
- accoglimento ostetrico 24/24 ore, anche in emergenza, con presenza di personale ostetrico – ginecologico 24/24 ore, con supporto di pronta reperibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologo;
- posti letto per l'assistenza ostetrica : 20 ogni 1000 parti/anno;
- disponibilità di area travaglio – parto in grado di consentire l'espletamento di almeno due parti in conteporanea e di una sala operatoria dedicata;
- Ambulatorio di ostetricia.
- Integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza;

FUNZIONI COLLEGATE AI LIVELLI ASSISTENZIALI :
- garantire alla donna partoriente la, riservatezza, la tranquillità, il riconoscimento della propria dignità, una adeguata informazione, il diritto di vivere il parto come evento naturale, potendo fruire della presenza di una persona di sua scelta;
- garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante l'uso di strumenti idonei;
- rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in e alla promozione dell'allattamento al seno;
- garantire la disponibilità di emotrasfusioni 24/24 ore;
- garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza nonché i tagli cesarei d'urgenza;
- essere formalmente e funzionalmente collegata con i punti nascita di II e III livello;
- provvedere al trasferimento della gravida laddove si verifichino condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad unità di II o III livello.

Unità funzionali neonatologiche/pediatriche di I livello
Unità che, in assenza di patologie accertate, assistono neonati normali con età gestazionale >34 settimane.

STANDARD DI QUALITA':

- nati/anno : non inferiori ai 500;
- culle :15 ogni mille nati/anno;
- assistenza a neonati di età gestazionale > 34 sett.
- disponibilità di isola neonatale per la rianimazione primaria 24/24 ore;

- responsabilità dell'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in – degenza neonatale) affidata al pediatra – neonatologo;
- integrazione funzionale con lo S.T.E.N. del territorio di competenza.

FUNZIONI COLLEGATE AI LIVELLI ASSISTENZIALI:
- assicurare l'assistenza in sala parto, fin dalla nascita, con garanzia di rianimazione primaria neonatale 24/24 ore;
- garantire l'osservazione transizionale post-parto e la presenza giornaliera in servizio del pediatra;
- favorire le pratiche del rooming-in e l'allattamento al seno;
- garantire l'applicazione di protocolli nazionali/regionali predisposti per il livello di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc.;
- essere formalmente e funzionalmente collegata con l' U.O.N. – P.N. di riferimento che funge da consulente por le U.O. di I livello di un dato territorio;
- garantire l'assistenza immediata d'urgenza ai soggetti che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche richiedenti l'intervento dello S.T.E.N., nell'attesa che il paziente possa essere preso in carico da quest'ultimo;
- dimettere il neonato con lettera attestante la normalità e/o suggerente eventuali accertamenti o controlli da parte dei servizi territoriali (Distretto, C.F., P.L.S.);
- concorrere con l'U.O. ostetrica dell'Ente di appartenenza nel fornire i dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita raccolti dal Distretto e dal D.P.;
- collaborare con il Distretto e con il D.P. nei progetti attinenti le vaccinazioni obbligatorie, la promozione dell'allattamento al seno, ecc.

Unità funzionali ostetriche di II livello
Unità che assistono gravidanze e parti a rischio, in età gestazionale ≥ 32 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del III livello, per la madre e per il feto.

STANDARD DI QUALITA' :
- parti/anno non inferiori a 800;
- due sale travaglio - parto dotate ciascuna di un solo letto;
- una sala parto di emergenza;
- una sala operatoria sempre pronta e disponibile 24/24 ore per le emergenze ostetriche;
- ambulatorio quotidiano di ostetricia e per le gravidanze a rischio;
- possibilità di ecografia nell'area travaglio – parto.

FUNZIONI COLLEGATE AI LIVELLI ASSISTENZIALI :
- garantire l'assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale ≥ 32 settimane;
- garantire il funzionamento di un Pronto Soccorso ostetrico 24/24 ore e di una attività ambulatoriale di ostetricia per le gravidanze a rischio, con possibilità di monitoraggio biofisico del feto ivi inclusa la diagnostica ecografica flussimetrica;
- garantire il monitoraggio cardio-tocografico in corso di travaglio di parto;
- garantire terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera;
- garantire il trasferimento a struttura di III livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbisogni di terapie intensive, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo S.T.E.N..

Unità funzionali neonatologiche/pediatriche di II livello
Unità che assistono i nati con patologia che non richiedano ricovero presso U.O.P. – A.N. o U.T.I.N. (III livello).

STANDARD DI QUALITA':
- nati/anno non inferiore a 800;
- posti letto 4,5 ogni mille nati/anno (oltre alle culle destinate ai neonati sani), con dotazione di almeno 4 incubatrici;
- assistenza ai neonati di età gestazionale ≥ 32 sett. e peso neonatale ≥ 1500 g.;
- U.O.N. – P.N. autonoma o aggregata a U.O. di pediatria;
- guardia attiva 24/24 ore da parte del neonatologo (o del pediatra con provata competenza nella assistenza neonatologica in sala parto), oltre che dell'ostetrico e dell'anestesista;
- laboratorio d'urgenza attivo 24/24 ore.

FUNZIONI COLLEGATE AI LIVELLI ASSISTENZIALI :
- garantire assistenza a neonati con età gestazionale > = 32 settimane e/o peso neonatale ≥ 1500 g, e neonati patologici e che comunque richiedano monitoraggio polifunzionale e cure intermedie, ma che non necessitino di trattamenti intensivi o subintensivi.
- garantire accoglienza ai neonati ritrasferiti dalla UO N-PN di III livello referente per l'area.
- garantire le seguenti prestazioni:
  - ossigenoterapia eventualmente con nasocannula, controllata attraverso misurazione della FiO2 e monitoraggio incruento di SaO2, PaO2e e PtcO2, ecc.;
  - misurazione della P.A. incruenta;
  - infusione parenterale di farmaci e supporti energetici con pompa (ad esclusione della TPN protratta >48 ore);
  - Alimentazione mediante sondino oro o naso-gastrico;
  - Exanguinotrasfusione;
  - possibilità di effettuare al letto del malato Rx torace-addome, ecografia cerebrale, ECG.

Unità funzionali ostetriche di III livello
Unità che assistono gravidanze e parti a rischio elevato.

STANDARD DI QUALITA' :
- bacino di utenza, comprensivo delle strutture di I e II livello afferenti, corrispondente ad almeno 5000 parti/anno;
- parti/anno non meno di 1000;
- garantire la guardia ostetrica attiva 24/24 ore, con supporto di pronta reperibilità integrativa 24/24ore da parte di personale ostetrico-ginecologico;
- garantire la guardia attiva 24/24 ore dell'anestesista;
- garantire 24/24 ore l'utilizzo di Rx, di laboratorio d'urgenza e emotrasfusioni;
- garantire la possibilità di ecografia nell'area travaglio parto e nell'area di accettazione-emergenza
- possibilità di usufruire, anche attraverso una pronta disponibilità integrativa, di competenze specialistiche per la gravida (cardiologica, neurologica, nefrologica, ecc.) e di alte tecnologie (T.A.C., ecc.).

FUNZIONI COLLEGATE AI LIVELLI ASSISTENZIALI :

- garantire l'assistenza a qualsiasi gravidanza e parto, specialmente nelle condizioni di alto rischio perinatale;
- garantire il funzionamento di un pronto soccorso ostetrico 24/24ore con personale sanitario dedicato;
- garantire terapia intensiva alla gravida ed alla puerpera;
- partecipare attivamente alla rete del trasporto d'emergenza (integrandosi con il servizio 118), per quanto attiene ai trasferimenti delle gravide a rischio dalle strutture di livello inferiore.

Le Regioni, in base alle evidenze epidemiologiche e nell'ambito della loro programmazione, individuano i centri regionali o interregionali per la diagnosi prenatale e ne assicurano la qualità delle attività.

I Centri individuati, per garantire adeguati e completi interventi diagnostici (malformazioni connatali, aberrazioni cromosomiche, malattie geneticamente trasmesse, infezioni) e di consulenza genetica, trattamenti medici e chirurgici di alta specializzazione ai neonati affetti attraverso la programmazione del parto (epoca, sede appropriata, ecc.) e attraverso idonea assistenza alla gestante sia sotto il profilo medico che psicologico assicurano :

- servizio di diagnostica ecografica di elevato livello qualitativo,
- offerta di prestazioni diagnostiche invasive prenatali (amniocentesi, villocentesi, cordocentesi, ecc.),

devono essere funzionalmente collegati con:

- laboratorio di analisi chimico-cliniche, radioimmunologiche, microbiologiche e virologiche,
- servizio di genetica,
- laboratorio di citogenetica e biologia molecolare
- servizio di anatomia patologica con competenze in ambito perinatologico
- U.O. di neonatologia e/o pediatria e specialità pediatriche (neurochirurgia, chirurgia, cardiologia, cardiochirurgia, ecc.),

Le Regioni identificano il centro con compiti di coordinamento e di assicurazione continua di qualità delle attività di diagnosi prenatale per l'area territoriale di competenza.

Il dati di ogni centro di diagnosi prenatale devono confluire al Registro regionale o interregionale per le malformazioni congenite.
Ogni centro di diagnosi prenatale deve essere collegato con il centro di coordinamento regionale o interregionale che, a sua volta , deve essere collegato con il Registro nazionale delle malformazioni congenite il quale ha, tra le proprie funzioni, l'assicurazione ed il miglioramento continuo della qualità.

Unità funzionali neonatologiche di III livello
Unità che assistono neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva.

STANDARD DI QUALITA' :

- bacino di utenza di almeno 5000 nati/anno;
- non meno di 1000 nati/anno nella struttura (Inborn);
- U.O.N. – P.N. con U.T.I.N. autonoma;
- integrazione nel sistema emergenza (STEN);

- U.T.I.N. e terapia sub-intensiva con posti letto pari a:
  - intensiva :1/750 nati/anno del bacino d'utenza
  - sub-intensiva : 2 per ogni letto di intensiva
  - letti di I e II livello rapportati all'utenza
  - eventuali letti supplementari per esigenze chirurgiche (cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia ricostruttiva, ecc.)
- dotazione di incubatrici non inferiore a venti;
- guardia attiva, 24/24 ore, con supporto di pronta reperibilità integrativa 24/24 ore da parte di neonatologi;
- possibilità di effettuare Rx 24/24 ore;
- disponibilità 24/24 ore di usufruire del servizio emotrasfusionale e del laboratorio;
- possibilità di usufruire, anche attraverso la reperibilità integrativa, ma entro un ora, di: T.A.C., R.N.M., ecocardio-doppler, indagini Rx complesse, ecc.;
- possibilità di attivare, 24/24 ore, in rapporto alle esigenze emergenti, ed in base alle convenzioni sottoscritte, consulenze ed interventi di cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia ricostruttiva, oculistica, valutazione emodinamica, gastroenteroscopia, broncoscopia, ecc.;

• FUNZIONI COLLEGATE AI LIVELLI ASSISTENZIALI :

- coordinare lo S.T.E.N. (o integrarsi funzionalmente con lo S.T.E.N. dedicato se esistente) per l'area assegnata;
- assistere i soggetti "inborn" di qualsiasi peso o età gestazionale e tutti quelli di età gestazionale < 32 settimane o di peso < 1500g. del bacino d'utenza;
- In particolare deve accogliere in U.T.I.N. :
  - neonati in ventilazione assistita intubati o no;
  - neonati chirurgici in fase pre e post operatoria;
  - neonati con malformazioni complesse;
  - neonati con gravi compromissioni delle funzioni vitali e/o che abbisognino di procedure diagnostiche invasive oppure specialistiche.
- Deve accogliere in unità di terapia sub-intensiva:
  - neonati che lasciano la U.T.I.N.;
  - neonati di E.G. 32 – 34 settimane e peso 1500- 1750g con compromissione clinica;
  - neonati che richiedono procedure diagnostiche invasive o trattamenti che necessitano di monitoraggi, ecc.;
  - neonati non dimissibili affetti da patologie croniche, né trasferibili in U.O. di II livello.
- Collaborare con U.O. di neuropsichiatria infantile e di terapia riabilitativa, per usufruire delle relative competenze per il neonato sin dalle prime fasi della degenza.

Le U.O. di III livello dovrebbero far parte di Aziende, Policlinici universitari e I.R.C.C.S. in grado di garantire, per la madre e per il neonato, le massime competenze diagnostico-terapeutiche a livello subspecialistico, oppure essere funzionalmente collegate con queste ultime attraverso contratti e convenzioni, in particolare per quanto riguarda la chirurgia neonatale, la cardiochirugia e la neurochirurgia. In caso di particolare attrazione di casistica da parte delle U.O. chirurgiche subspecialistiche, dovrà essere adeguata la dotazione dei posti letto. Valutazioni particolari dovranno essere fatte nel caso che la UO sia centro di riferimento di gravide e neonati HIV positivi.

Nelle aree ad alta densità di popolazione, per esempio le aree metropolitane, il vincolo quantitativo di almeno 5000 nati/anno che orienta la programmazione regionale del numero delle U.O. di III livello, può non accompagnarsi ad una precisa identificazione dei bacini di utenza.
Infatti, l'esistenza di più di una Azienda in un'area territoriale altamente popolata privilegia la competizione tra U.O.N. – U.T.I.N. e la scelta dei genitori.

Si raccomanda di evitare l'attivazione di sub-U.O. di T.I.N. con meno di 6 posti letto per bacini inferiori a 4000 nati/anno, salvo in casi con ridotta densità di popolazione e condizioni oro-geografiche disagiate.

Va altresì posta particolare attenzione alle evidenze correlate alla dimissione protetta dei soggetti dimessi dalle U.T.I.N. con particolari condizioni sociali, malattie gravi disabilitanti, malattie rare, ecc. richiedenti interventi sanitari e socio-assistenziali multidisciplinari domiciliari e/o ambulatoriali.

REQUISITI STRUTTURALI (QUALITA' E SICUREZZA)

Si raccomanda che le aree per l'assistenza ostetrica e neonatale siano funzionalmente collegate tra loro in modo agevole. In particolare l'area travaglio – parto - sala operatoria ostetrica e degenza puerperale e l'isola neonatale - nido-rooming-in – degenza neonatale dovrebbero essere preferibilmente sullo stesso piano dell'edificio o quanto meno allocate nel medesimo sebbene in piani differenti, ma ben collegati attraverso ascensori dedicati.
Tali requisiti devono essere soddisfatti ogni qualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

Unità funzionali ostetriche di I livello

- Ogni sala travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento ed attrezzatura, deve consentire l'accesso a persona indicata dalle donne e deve avere una linea telefonica dedicata;
- le strutture dell'area travaglio-parto devono consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea;
- uno dei due letti da parto deve essere trasformabile in letto operatorio oppure deve essere disponibile una sala operatoria in locali limitrofi 24/24 ore;
- l'unità parto deve essere composta da una sala travaglio ed una sala parto, con annessi servizi: la sala travaglio deve disporre di almeno due letti ed aree separate per garantire riservatezza; i letti da parto devono essere almeno tre se i parti superano la soglia di 1000/anno;
- una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;
- devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche, D.H. e D.S.
- devono essere presenti ambulatori di ostetricia e ginecologia e per ecografia ostetrica-ginecologica
- deve essere disponibile un collegamento attivo con un servizio di rianimazione e terapia intensiva generale.

Unità funzionali neonatologiche/pediatriche di I livello

- Anche nelle strutture di piccole dimensioni deve essere possibile assistere contemporaneamente due neonati in un'isola adeguata;
- nell'area travaglio-parto deve essere ben identificata l'isola neonatale, opportunamente attrezzata per la rianimazione neonatale e facilmente accessibile. In essa l'impiantistica tecnica deve essere adeguata al carico di lavoro sostenuto dal servizio neonatologico;
- la distribuzione degli spazi di degenza puerperale deve tener conto delle esigenze minime strutturali che favoriscono la pratica del rooming-in e la promozione dell'allattamento al seno;
- nell'area di degenza, anche in regime di rooming-in integrale, dovranno essere predisposti spazi di degenza per neonati sani, per piccola patologia, per l'allattamento;
- in ogni caso deve essere prevista, per ogni culla, una superficie minima di 3-5 metri quadrati;

- devono essere predisposti spazi per preparazione, conservazione e distribuzione dei nutrienti e per il successivo ripristino.

Unità funzionali ostetriche di II livello

- Devono essere disponibili due sale travaglio-parto dotate ciascuna di un solo letto. Tali sale verranno incrementate a 3 oltre i 1000 parti/anno, ed oltre i 2000 parti/anno di 1 unità ogni 500 parti;
- ogni posto letto deve essere dotato di erogatori di O2, aria medicale, collegamento fisso per aspirazione e di lampada scialitica . Inoltre deve avere a disposizione un cardiotocografo;
- deve essere disponibile una sala parto d'emergenza e una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze 24/24 ore;
- deve essere presente un'area di servizio per ecografia nella zona travaglio-parto
- devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche, D.H. e D.S.
- devono essere presenti ambulatori di ostetricia e ginecologia, di cui uno dedicato stabilmente alle gravidanze a rischio;
- devono essere presenti ambulatori di ecografia ostetrica-ginecologica e di diagnostica strumentale

Unità funzionali neonatologiche/pediatriche di II livello

- Impianto elettrico con disponibilità di almeno 2 prese per ogni lettino e di 6 per ogni incubatrice;
- impianto centralizzato di erogazione di gas medicali e di aspirazione con almeno 2 prese per ogni posto di cura;
- aree ben distinte per assistenza al neonato sano e per assistenza alla patologia intermedia, con possibilità di attuare misure di isolamento nel sospetto di infezione;
- aree di servizio adeguate ad accogliere le tecnologie di cui deve essere dotata l'U.O.:
    - apparecchio Rx,
    - ecografo,
    - laboratorio per determinazione rapida di glicemia, bilirubinemia, Hb, Htc,
    - emogasanalisi;
- area per la pulizia e sterilizzazione delle culle e delle incubatrici;
- ambulatori e area D.H. per il follow-up, indagini strumentali di controllo post dimissione, ecc.

Unità funzionali ostetriche di III livello

- Devono essere disponibili tre sale travaglio-parto dotate possibilmente ciascuna di un solo letto. Tali sale devono essere incrementate a 4 sino a 2000 parti/anno e di 1 unità ogni 500 parti in più;
- ogni posto letto deve avere le stesse caratteristiche di quanto previsto per il II livello;
- deve essere disponibile una sala parto d'emergenza e una sala operatoria esclusiva per l'ostetricia, inserita in area travaglio-parto o in locali limitrofi e dedicata esclusivamente agli interventi chirurgici d'urgenza;
- deve essere presente un'area di servizio per ecografia nella zona travaglio-parto e accettazione-emergenza ostetrica:
- devono essere presenti aree per le degenze ostetriche separate da quelle ginecologiche, aree dedicate a patologie materno-fetali, D.H. e D.S.
- devono essere presenti ambulatori generali di ostetricia e ginecologia,e specialistici per le gravidanze a rischio

- devono essere presenti ambulatori di ecografia ostetrica-ginecologica e di diagnostica strumentale
- deve essere disponibile, nel presidio ospedaliero, un servizio di rianimazione e di terapia intensiva generale.

Unità funzionali neonatologiche di III livello

- Isola neonatale adeguata per accogliere parti plurimi e neonati nati contemporaneamente;
- aree di degenza secondo standard specifici distinte per T.I.N., terapia sub-Intensiva, patologia cronica pre dimissione, cure intermedie, cure minime e D.H.;
- ambulatori per follow-up e controlli specialistici post dimissione;
- aree per laboratori: emogasanalisi, ematochimica, ematologica, ecografia, E.E.G. – poligrafia, potenziali evocati, meccanica respiratoria, video-registrazione, ecc.;
- aree specialistiche: radiologica, chirurgica, oculistica, ecc.;
- aree di servizio: spogliatoio e filtro, depositi vari, spazio destinato a genitori e parenti, zona di ristoro per il personale;
- area di coordinamento dello S.T.E.N.

REQUISITI TECNOLOGICI

Deve essere predisposto un piano di controllo e di valutazione periodica dello stato di conservazione e di efficienza delle tecnologie a disposizione, con predisposizione di una scheda per ogni singola apparecchiatura indicante le scadenze previste e i controlli effettuati nel rispetto della normativa e di quanto previsto a livello dipartimentale.. L'integrazione funzionale tra l'organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile e D.P. per quanto attiene la prevenzione e la sicurezza relative ai rischi connessi all'uso di tecnologie, agli ambienti di lavoro, all'impiantistica e agli infortuni sul lavoro dev'essere continua e adeguata al contesto tecnologico utilizzato.

Unità funzionali ostetriche

Le indicazioni fornite di seguito si riferiscono alle esigenze delle U.O. ostetriche operanti ai vari livelli con volume di attività corrispondente ai valori minimi indicati. Pertanto tali indicazioni vanno adattate al volume delle prestazioni della singola U.O..

- n. 2 cardiotocografi ogni 500 parti
- n. 1 apparecchi di anestesia. completi di tutti gli accessori, ogni letto da parto;
- n. 1 defibrillatore
- collegamenti fissi per aspirazione
- n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili
- n. 1 forcipe con relativi accessori sterili
- n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto ogni 500 parti/anno
- n. 2 set pronti sterili per effettuazione Taglio Cesareo ogni 500 parti/anno.
- illuminazione adeguata fornita da lampada a soffitto scialitica e da faro mobile orientatile
- n. 1 orologio con contasecondi a muro
- impianto di sterilizzazione
- n. 1 elettrocardiografo
- n. 1 rilevatori di pressione arteriosa incruento per adulti per ogni letto travaglio e parto.
- n. 2 pompe a siringa
- n. 2 saturimetri pulsati

- ecografi: un ecografo con eco-doppler per le esigenze dell'ambulatorio e del reparto di ostetricia. E' altresì necessario garantire la disponibilità di un ecografo 24/24 ore per le emergenze ostetriche e nelle strutture di II e III livello di un ecografo anche nell'area travaglio – parto.
- Rilevatore Doppler portatile

All'interno dello stesso presidio devono essere disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: radiologia, le comuni analisi chimico-cliniche ed immunoematologiche.

Unità funzionali neonatologiche/pediatriche di I livello

Isola neonatale:
- 1 lettino per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante ogni 500 nati/anno o frazione superiore
- 2 erogatori di O2, aria compressa e sistema di aspirazione
- 2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali
- 2 valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati
- 2 set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico disponibili 24/24 ore
- 1 saturimetro percutaneo (disponibile)
- 1 misuratore P.A. (disponibile)
- 1 pompa a siringa (disponibile)
- 1 incubatrice da trasporto con dotazioni come da indicazioni dello S.T.E.N. per trasporto intramoenia o per eventuali trasporti d'emergenza indicati dal responsabile dello S.T.E.N..

Area degenza rooming-in: per ogni 500 nati/anno sono indispensabili:
- 2 incubatrici
- 2 pannelli radianti
- 2 lampade per fototerapia
- 3 aspiratori
- 3 erogatori di O2 ed aria
- 1 lettore di glucosemia
- 1 bilirubinometro
- 3 mastosuttori

Unità funzionali neonatologiche/pediatriche di II livello

Isola neonatale: oltre 1000 nati/anno sono necessari:
- 2 lettini per rianimazione neonatale forniti di pannello radiante
- 2 incubatrici da trasporto secondo le indicazioni fornite dallo S.T.E.N.
- altro materiale come al I livello in quantità adeguata al numero dei nati assistiti

Area degenza nido-roming in: come I livello

Area degenza patologia intermedia: per 1000 nati/anno sono necessari:
- 6 incubatrici (di cui almeno 2 con servocontrollo della temperatura)
- 10 lettini
- 4 pannelli radianti
- 2 lampade per fototerapia
- 2 sistemi di aspirazione

- 4 sistemi di erogazione di O2 e aria e vuoto
- 3 pompe per microinfusione
- 2 saturimetri percutanei
- 1 lettore di glucosemia
- 1 bilirubinometro
- 1 misuratore P.A.
- 1 microscopio
- 2 ossimetri

Il presidio ospedaliero deve disporre 24/24 ore di:
- ecografo
- apparecchio radiologico portatile
- apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi
- elettrocardiografo portatile
- laboratorio per ricerche ematochimiche, immunoematologiche e microbiologiche
- Servizio immunotrasfusionale

Unità funzionali neonatologiche di III livello
Isola neonatale: come II livello
Area degenza nido – rooming- in e patologia intermedia: come II livello
Area degenza terapia intensiva – subintensiva: vedi tabella

ATTREZZATURE	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA SUBINTENSIVA
Incubatrici *	P.L. + 50%	P.L. + 20%
Respiratori	P.L. + 2 riserva	
O2 - CO2 transcutanea	P.L. + 2 riserva	
Saturimetri O2	P.L. + 2 riserva	50% P.L.
Pressione arteriosa cruenta	P.L.	
Pressione arteriosa non cruenta	P.L.	30% P.L.
Monitor cardiorespirografico	P.L. + 1 riserva	30% P.L.
Monitor FC + FR		P.L.
Pompa di infusione	2 x P.L. + 30% riserva	P.L.
Aspiratori	P.L. + 50%	50% P.L.
Ossimetri	P.L.	50% P.L.
Incubatrice da trasporto	2	
Apparecchio Rx dedicato(portatile)	1	
Ecografo (con ecodoppler)	1	
Possibilità sterilizzazione incubatrici	SI	
Possibilità effettuazione alimentazione enterale	SI	
Disponibilità (24/24 ore) di tecnologie avanzate	SI	

* Possono essere di tipologia diversa tra T.I. e sub T.I., con costi di acquisto e gestione diversi - La percentuale varia in relazione ai ritmi di ricambio od ai tempi di ripristino dell'attrezzatura. Deve comunque essere presente una riserva tecnica in caso di guasti - Potrebbero essere, almeno in parte considerati gli infant warner.

2 PROFILI PROFESSIONALI E AREE FUNZIONALI OMOGENEE (A.F.O.)

Il riordino della organizzazione ospedaliera, a partire dalla L. 595/85, dalla L. 412/91 e dal D. L.vo 502/92 e D.L.vo 517/93, fino alla L. 549/95, ha comportato il superamento della tradizionale struttura organizzativa articolata in divisioni, sezioni e servizi, con conseguente attivazione delle U.O. e delle A.F.O..
A partire dall'1.1.1997 l'applicazione della normativa vigente che fa afferire tutto il personale dei ruoli non laureati assegnato a U.O. isovalenti all'A.F.O. richiede la massima attenzione affinché non venga disattesa l'esigenza che la madre usufruisca di assistenza fornita da personale qualificato con consolidata esperienza in ostetricia e assistenza al parto ed il neonato, soprattutto quello patologico, usufruisca di assistenza fornita da personale qualificato pediatrico/neonatologico

Pertanto è indispensabile che le funzioni di coordinamento del personale addetto alle cure del neonato, fin dalla nascita, sia affidato a personale non medico con adeguate qualifiche in ambito pediatrico/neonatologico. Altrettanto importante è la collaborazione stretta, interdisciplinare, tra tutto il personale ostetrico, infermieristico e pediatrico/neonatologico.

I LIVELLO

Per una adeguata assistenza al travaglio, al parto ed al neonato si prevede il seguente personale:

- Ostetrico-Ginecologo, Pediatra con competenze neonatologiche per la rianimazione primaria in sala parto e per l'attività di neonatologia, Anestesista;
- Ostetrica coordinatore;
- Ostetrica, Infemiere per l'assistenza diretta alle donne degenti, Infermiere pediatrico (Vigilatrice d'Infanzia) e/o Infemiere con competenza pediatrica, Operatore Tecnico all'Assistenza (O.T.A.).

La presenza, del personale medico individuato, appartenente alla stessa struttura ospedaliera, deve essere garantita con una guardia attiva 24/24 ore.
La presenza dell'ostetrica, del personale infermieristico ed ausiliario nonché di sala operatoria, deve essere garantita 24/24 ore in numero tale da assicurare una assistenza continuativa alle partorienti, alle puerpere ed al neonato. Per l'assistenza neonatologica il personale infermieristico pediatrico/neonatologico deve essere in numero sufficiente da assicurare l'assistenza complessiva in sala parto, al nido ed al rooming-in.

Le ostetriche, il personale infermieristico ed ausiliario sono coordinate dall'ostetrica coordinatore; ove presente il Coordinatore dei servizi pediatrico-neonatologici dell'U.O.N. oppure U.O.P. – A.N., il medesimo coordina anche il personale infermieristico ed ausiliario addetto all'assistenza al neonato.

La donna, durante il travaglio, il parto ed il post-partum necessita di assistenza continua e pertanto il personale assegnato alla sala travaglio-parto deve essere prioritariamente adibita a questo scopo.

II LIVELLO

Per una adeguata assistenza al travaglio, al parto ed al neonato si prevede il seguente personale :

- Ostetrico-Ginecoloco, Neonatologo e/o Pediatra con competenze in patologia neonatale intermedia per la presenza in sala parto e per l'assistenza neonatologica, Anestesista;
- Ostetrica coordinatore, Coordinatore con competenze pediatrico-neonatologiche per il Servizio di neonatologia;

- -Ostetrica, Infermiere per l'assistenza diretta alle donne degenti, Infermire pediatrico (Vigilatrice d'Infanzia) e/o Infermiere con competenza pediatrica, O.T.A..

La presenza del personale medico individuato, appartenente alla stessa struttura ospedaliera deve essere garantita con una guardia attiva 24/24 ore, integrata da servizio di pronta disponibilità 24/24 ore.
La presenza dell'ostetrica, del personale infermieristico ed ausiliario nonché di sala operatoria deve essere garantita 24/24 ore in numero tale da assicurare, una assistenza continuativa. alle puerpere ed al neonato. Per l'assistenza neonatologica il personale infermieristico pediatrico/neonatologico deve essere in numero sufficiente da assicurare l'assistenza complessiva al nido ed al rooming-in.

Nell'area travaglio-parto, puerperio e nella ginecologia le ostetriche, il personale infermieristico ed ausiliario sono coordinate dall'ostetrica coordinatore.
Nel servizio di neonatologia gli Infermieri Pediatrici (V.I.), ed il personale infermieristico ed ausiliario sono coordinati dal Coordinatore con competenze pediatrico-neonatologiche.

La sala travaglio-parto, è considerata luogo di assistenza intensiva e quindi il personale dedicato ad essa, deve essere esclusivamente adibito a questo scopo per tutta la durata del turno lavorativo.

III LIVELLO
Per una adeguata assistenza al travaglio, al parto ed al neonato si prevede il seguente personale :
- Ostetrico-Ginecologo, Neonatologo, e/o Pediatra con competenze specifiche in terapia intensiva neonatale per la presenza in sala parto e per l'attività di neonatologia, Anestesista;
- Ostetrica coordinatore, Coordinatore con competenze pediatrico neonatolgiche per il Servizio di neonatologia;
- Ostetrica, Infermiere per l'assistenza diretta alle donne degenti, Infermiere Pediatrico (V.I.) e/o Infermiere con competenza pediatrica, O.T.A..

La presenza del personale medico individuato, appartenente alla stessa struttura ospedaliera deve essere garantita con una -guardia attiva 24/24 ore. Il personale medico ostetrico dedicato alla sala travaglio – parto deve essere aggiuntivo per quello previsto per l'assistenza ostetrico – ginecologica.
Il personale medico neonatologico deve essere in numero tale da garantire l'assistenza neonatologica complessiva, tenendo conto che l'assistenza neonatologica in sala parto e in terapia intensiva neonatale richiedono risorse di personale proprie dell'area dell'emergenza.
La presenza dell'ostetrica, del personale infermieristico ed ausiliario nonché di sala operatoria deve essere garantita 24/24 ore, in numero tale da assicurare una assistenza continuativa alle gravide, alle puerpere ed al neonato. Per l'assistenza neonatologica il personale infermieristico pediatrico/neonatologico deve essere in numero sufficiente da assicurare l'assistenza complessiva al nido ed al rooming-in ed al centro di terapia intensiva.

Nell'area travaglio-parto, puerperio e nella ginecologia le ostetriche, il personale infermieristico ed ausiliario sono coordinate.- dall'ostetrica coordinatore.
Nel servizio di neonatologia gli Infermieri Pediatrici (V.I.), il personale infermieristico ed ausiliario sono coordinati dal Coordinatore con competenze pediatrico-neonatologiche.

La sala travaglio-parto è considerata luogo di assistenza intensiva e quindi il personale dedicato ad essa. deve essere esclusivamente adibito a questo scopo.

ALLEGATO 2

REQUISITI E STANDARD DI FABBISOGNO INDICATIVI PER IL TRASPORTO MATERNO E NEONATALE

I modelli operativi di trasporto neonatale ritenuti più rispondenti ai bisogni delle varie realtà territoriali sono:

- S.T.E.N. dedicato, cioè espletato da una U.O. che, pur essendo integrata funzionalmente con un'U.O.N. – P.N. – U.T.I.N., svolge prevalentemente funzioni di coordinamento e attività di trasporto dei nati a rischio tra le U.O. dei vari livelli di un dato territorio;
- S.T.E.N. attivabile su chiamata, cioè garantito dal personale di una U.O.N. – P.N. – U.T.I.N. di riferimento territoriale e attivato su chiamata, distaccando temporaneamente un'équipe della U.T.I.N. specializzata nello S.T.E.N..

Il primo modello operativo, teoricamente più efficiente ma certamente più costoso, è giustificato se il volume di attività raggiunge il numero di 400-500 trasporti/anno.
Il secondo modello, da preferirsi nella maggior parte delle realtà italiane, costa meno, è ideale per bacini d'utenza che richiedono mediamente 100-200 trasporti/anno, garantisce ottimi contatti tra le U.O. afferenti ed il centro referente, ma può comportare tempi di intervento un po' più lunghi. In ogni caso l'U.O. dedicata allo S.T.E.N. deve garantire anche i trasporti interterziari (per sopraggiunte nuove esigenze diagnostiche e/o terapeutiche) e i trasferimenti di ritorno (c.d. back-transfer), per riavvicinamento del piccolo alla famiglia allorché non necessiti più di assistenza di III livello.

Ogni servizio può essere costituito, a seconda delle esigenze e dei bacini di utenza, da una o più Unità Operative. Ogni Unità Operativa deve essere dotata di due incubatrici da trasporto attrezzate per la terapia intensiva, di una ambulanza dedicata ed appositamente attrezzata, più una di riserva non dedicata, ma attivabile al bisogno e predisposta per l'emergenza.

E' indicato il trasferimento della gestante qualora l'U.O. dove essa è accolta non risponda alle caratteristiche indicate per assistere adeguatamente la condizione materno e/o fetale che è presente o presumibilmente potrebbe verificarsi qualora non sussistano condizioni cliniche che controindichino il trasferimento stesso (metrorragia imponente, travaglio di parto avanzato, ecc.).

E' indicato il trasferimento neonatale, salvo particolari situazioni concordate tra U.O. inviante e U.O. di III livello ricevente, nei seguenti casi :

- Neonati con peso alla nascita <2000 g e/o età gestazionale < 34 sett.
- Neonati con necessità di ventilazione meccanica
- Neonati con necessità di nutrizione parenterale totale
- Neonati bisognosi di cure intensive o subintensive
- Neonati con patologia chirurgica bisognosi di cure intensive pre e post operatorie

ALLEGATO 3

REQUISITI E STANDARD DI FABBISOGNO INDICATIVI PER LE U.O.O. PEDIATRICHE

REQUISITI STRUTTURALI

- L'U.O. Pediatrica deve prevedere 20 P.L., escluso i letti per le cure neonatali di I e II livello, e soddisfare una popolazione di 15-20.000 minorenni residenti(1-1,3 P.L./1000 minorenni), in modo da soddisfare le esigenze di ricovero e di D.H. di un'area di circa 200.000 abitanti, con un tasso di natalità di 6-9 per mille, salvo condizioni orogeografiche disagiate.
- Dal punto di vista strutturale l'U.O. di Pediatria deve comprendere almeno le seguenti aree:
  - Area di accoglimento e pronto soccorso pediatrico, con possibilità di osservazione temporanea;
  - sala di medicazione;
  - D.H.:
  - degenze differenziate per classi di età;
  - unità di isolamento, nella misura del 20% dei posti letto;
  - eventuale degenza chirurgica;
  - aree accessorie (spazi ludici, cucina di reparto, mensa, aula ecc.);
  - servizi igienici;
  - locali per studi professionali, assistenza sociale, ecc..
- Le stanze di degenza dell'area pediatrica sono tendenzialmente a due letti, con possibilità di offrire ospitalità ai genitori.
- Per quanto possibile deve essere tenuta in considerazione, nelle fasi di ristrutturazione ospedaliera, l'opportunità che l'area di degenza pediatrica sia limitrofa, o, comunque, ben collegata funzionalmente con l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia per favorire i contatti madre-neonato e l'assistenza pediatrica.
- L'area di degenza riservata ai neonati-lattanti e bambini in età prescolare deve essere distinta da quella riservata ai soggetti più grandi ed agli adolescenti.
- Al D.H. devono essere riservati spazi dedicati.
- I bambini con problemi neuropsichici, che necessitano di competenze specialistiche da parte del N.P.I., devono usufruire di un'area dedicata, sebbene funzionalmente collegata all'U.O. pediatrica.
- Ai neonati che richiedono cure minime o intermedie deve essere dedicata un'area adeguata, in rapporto al numero dei nati/anno (circa 10 – 12 % dei nati necessita di ricovero per patologia neonatale) dotata di locali destinati alla osservazione transizionale, all'allattamento, al prelievo-conservazione del latte.

Le U.O. pediatriche che insistono in aree territoriali piccole, tali da non garantire un'afferenza di bambini malati corrispondente ai parametri sopraindicati dovrebbero essere riconvertite in U.O. a ciclo diurno con D.H. ed ambulatori, cioè vere e proprie U.O. di supporto alla pediatria di libera scelta (P.L.S.) per funzioni di diagnosi e trattamento di malattie croniche, per riabilitazione ecc.
Tali U.O. possono soddisfare momentanee esigenze assistenziali risolvibili in poche ore: il dolore addominale di origine funzionale, l'avvelenamento acuto, la crisi di broncospasmo, l'iperpiressia in accertamento, ecc.

Questa funzione di filtro tra P.L.S. e U.O. di ricovero risolve un gran numero di problemi acuti riducendo il tasso di spedalizzazione vera e propria e i disagi della famiglia di fronte al ricovero in ospedale distante dal domicilio.
Questa configurazione strutturale organizzativa si adatta bene alle esigenze di un'area che non è in grado di garantire un numero minimo di nati/anno tale da giustificare una presenza pediatrica ospedaliera 24/24 ore.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

- L'U.O. di pediatria che rispetta i parametri di area sopra indicati deve essere così articolata sul piano organizzativo:
  - attività di pronto soccorso ed accoglimento 24/24 ore;
  - assistenza al neonato in sala parto 24/24 ore con garanzia di rianimazione primaria;
  - cure neonatali minime ed intermedie;
  - degenza pediatrica articolata per fasce d'età, per patologia e per livelli di gravità. Per le condizioni di estrema gravità, sede per sede, devono essere predisposti protocolli concordati con l'area di emergenza e rianimazione pediatrica e generale;
  - D.H. ;
  - dotazione nell'ambito dell'Azienda di appartenenza (o quanto meno afferenze assistenziali) dei seguenti servizi e U.O.:
    - servizio di anatomia patologia
    - servizio di patologia clinica e microbiologia
    - servizio di diagnostica per immagini (radiologia, ecografia ecc.)
    - servizio di cardiologia
    - U.O. di ostetricia e ginecologia
    - U.O. di chirurgia generale o pediatrica
    - servizio di terapia intensiva e rianimazione
  - Nelle realtà in cui la popolazione assistita sia sensibilmente superiore ai requisiti indicati è necessario che l'Azienda di appartenenza sia funzionalmente collegata ad almeno 3 dei seguenti altri servizi ed afferenze specialistiche: otorinolaringoiatrica, oculistica, terapia riabilitativa. nefrologia, neurologia, urologia.

- L'U.O. di pediatria deve garantire almeno 400 accessi/anno di D.H. pediatrico e 3000 visite compreso il pronto soccorso pediatrico, oltre ad almeno 5 delle seguenti funzioni ambulatoriali pediatriche:
  - allergologia, immunologia,
  - adolescentologia,
  - broncopneumologia pediatrica,
  - cardiologia pediatrica
  - emato-oncologia
  - gastroenterologia
  - endocrinologia, diabetologia
  - genetica clinica
  - nefro-urologia pediatrica
  - neonatologia
  - neuropediatria
- Un'U.O. così dimensionata garantisce la presenza continuativa 24/24 ore del pediatra e sopporta un carico di lavoro tale da giustificare:

- 12 medici (carico di lavoro 1400 ore/anno/medico)
- 4 turni di infermiere pediatriche (oltre alle infermiere coordinatrici) per le degenze
- un doppio turno di infermiere pediatriche per D.H. (se solo diurno)
- 2 turni di infermiere pediatriche per i neonati sani nell'arco delle 24 ore
- 1 turno di infermiere pediatriche per ambulatorio (modificabile in base al carico di lavoro)
- 1-2 unità di supporto amministrativo

Questo tipo di organizzazione ed il corrispondente volume di attività e produzione dovrebbe essere caratterizzato da una casistica qualitativamente e quantitativamente sufficiente a garantire:

- remunerazione (in base a D.R.G., prestazioni ambulatoriali, ecc.) sufficiente a pareggiare i costi
- aggiornamento professionale medico ed infermieristico tale da offrire garanzie all'utenza
- efficienza sostenibile ed efficacia in linea con quanto richiesto dagli standard

ALLEGATO 4

REQUISITI E STANDARD DI FABBISOGNO INDICATIVI PER LE U.O.O. PEDIATRICHE DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE (MALATTIE CRONICHE E DISABILITANTI)

I P.L. di altissima specializzazione dovrebbero essere contenuti nel numero di 20/100.000 abitanti 0-17 anni.

- A parte dovrebbero essere considerati i centri per l'assistenza alle gravide, ai neonati ed ai bambini HIV sieropositivi o malati, secondo quanto recitano le norme per la lotta all'AIDS.
- In rapporto ad analoga popolazione dovrebbero essere previste strutture di alta specialità chirurgica collegate ai progetti nazionali e regionali di trapianto d'organo, nella misura di 10 P.L./ 1.000.000 di abitanti d'età 0-17 anni.
- Le strutture superspecialistiche di cui sopra dovrebbero essere accorpate in complessi ospedalieri e/o universitari e in I.R.C.C.S., organizzati secondo modelli dipartimentali orizzontali, con disponibilità di servizi centralizzati specificamente orientati all'età evolutiva, con particolare riguardo alla diagnostica per immagini, all'anatomia patologica, alla biochimica clinica e alla genetica.
- Nelle strutture di II livello dovrebbero essere garantite le seguenti attività: ricovero per patologie complesse, ricoveri in regime di D.H. e di D.S., ambulatori specialistici. La consulenza per il I livello assistenziale, il coordinamento e l'attuazione di programmi di formazione e di raccolta dei dati epidemiologici, compresi i registri delle malattie croniche degenerative, delle condizioni malformative e delle disabilità infantili, dovranno coinvolgere direttamente le strutture territoriali attraverso il Distretto e il D.P..
- Particolare attenzione dovrà essere posta affinché a tutti i livelli operativi e assistenziali i soggetti affetti da malattie disabilitanti possano usufruire di trattamento riabilitativi di corrispondente livello, nel rispetto delle Linee guida predisposte per la più corretta offerta di riabilitazione.

ALLEGATO 5

REQUISITI E STANDARD DI FABBISOGNO INDICATIVI PER L'URGENZA E L'EMERGENZA PEDIATRICA DI III LIVELLO

Tali strutture dovrebbero essere identificate, nella programmazione regionale, nella misura di 1/ 2-3.000.000 di abitanti; tenuto anche conto delle situazioni oro-geografiche, potranno eventualmente essere a valenza interregionale per garantire maggiore efficienza ed adeguate competenze professionali.
In tali sedi dovrà essere identificata un'area di terapia intensiva pediatrica (possibilmente strutturalmente e funzionalmente limitrofa alla Unità di terapia intensiva neonatale) dotata di 2 P.L./100.000 abitanti.
Per la cura dei bambini gravemente ustionati si rendono necessarie sub-U.O. specificamente dedicate, in misura di 1/7.000.000 di abitanti, con dotazioni strumentali particolari e con servizi appropriati; anche per l'accoglienza dei genitori, annesse alla Unità di terapia intensiva pediatrica oppure ad un Centro ustioni, ma in ogni caso affidate alla U.O. pediatrica presente nella struttura e che afferisce all'organizzazione dipartimentale dell'area materno – infantile.

ALLEGATO 6

REQUISITI E STANDARD DI FABBISOGNO INDICATIVI PER LE U.U.O.O. TERRITORIALI, OSPEDALIERE, SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

Unità Operative Territoriali di Neuropsichiatria Infantile (U.O.T. – N.P.I.)
In ogni A.S.L. deve essere attivata almeno una U.O.T.-N.P.I. ogni 100.000 abitanti che afferisce ai distretti. e opera in stretta connessione con le U.O. di riabilitazione territoriali. Tale U.O.T.-N.P.I. è coordinata da un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile dirigente di 2° livello coadiuvato da adeguate competenze: medici specialisti in neuropsichiatria infantile, psicologi competenti in età evolutiva, terapisti della neuro-psicomotricità in età evolutiva, logopedisti, infermieri, ausiliari sociosanitari, assistenti sociali e personale dei ruoli amministrativi. L'U.O.T.-N.P.I., per quanto attiene ai progetti riabilitativi riferiti al soggetto con disabilità neuromotoria deve operare in stretta integrazione con l'équipe territoriale (e/o ospedaliera) di terapia riabilitativa.

Unità Operative Ospedaliere collocate in ospedali gestiti dalle A.S.L.
Il fabbisogno di posti letto di queste U.O. Ospedaliere di N.P.I. è identificato in 3 ogni 100.000 abitanti di età 0-17 anni nelle aree ove non esistono servizi ospedalieri di livello specialistico alto.

I posti-letto di degenza ordinaria fanno parte dell'area funzionale omogenea di pediatria, con personale infermieristico in comune. Inoltre devono essere previsti 5 posti letto di D.H. per corrispondente bacino di utenza.

Lo specialista in Neuropsichiatria Infantile dirigente 2° livello, sarà affiancato dai seguenti profili professionali: specialisti in Neuropsichiatria Infantile dirigenti 1° livello, psicologi competenti in età evolutiva, terapisti della neuro-psicomotricità in età evolutiva, logopedisti, tecnici di neurofisiopatologia, assistenti sociali, infermieri e ausiliari sociosanitari (in comune con la Divisione Pediatria), in numero adeguato all'utenza prevista, nonché da personale dei ruoli amministrativi.
Nell'ambito delle aree destinate all'U.O.O. pediatrica devono essere individuati locali di degenza, di ristoro, di studio e di vita comunitaria (per terapie di gruppo, per gioco, ecc.) adeguati alle varie età, compresa quella adolescenziale. In particolare dovrà essere prevista un'area dedicata alle attività ambulatoriali specialistiche, alle indagini elettrofisiologiche e alle terapie riabilitative.
Queste ultime, per quanto riguarda la riabilitazione neuromotoria, verranno concordate con l'Unità di riabilitazione afferente all'A.S.L. (o al distretto).

Unità Operative Ospedaliere ad alta specializzazione inseriti in Policlinici o Aziende Ospedaliere o I.R.C.C.S.
Tenuto conto dell'esigenza prioritaria del bambino-adolescente di essere avvicinato quanto più possibile alla famiglia, e perciò curato nell'U.O. Ospedaliera di N.P.I. della A.S.L., i posti letto per degenza ordinaria dovranno essere molto limitati a questo livello, in numero in genere pari a 10 posti letto per degenza ordinaria + 10 posti letto per D.H. per milione di abitanti.

Lo specialista in Neuropsichiatria Infantile dirigente 2° livello, verrà affiancato dai seguenti profili professionali: specialisti in Neuropsichiatria Infantile dirigenti 1° livello, psicologi competenti in

età evolutiva, terapisti della neuro-psicomotricità in età evolutiva, logopedisti, tecnici di neurofisiologia, infermieri professionali, ausiliari sociosanitari, assistenti sociali, e personale dei ruoli amministrativi.

Strutture semiresidenziali, residenziali .

Per quanto riguarda le esigenze di residenzialità afferenti alle funzioni e compiti della neuropsichiatria dell'infanzia, esse possono essere assolte dalle strutture residenziali e semiresidenziali ricomprese nei circuiti assistenziali della cura e della riabilitazione. In tale ambito sono realizzabili anche attività di comunità terapeutica semiresidenziale o residenziale.
La comunità terapeutica semiresidenziale o residenziale attua piani terapeutici per gravi disturbi psichiatrici in preadolescenza e adolescenza in soggetti che necessitano di ospitalità diurna o a ciclo continuo per periodi di temporaneo soggiorno extradomiciliare, anche in coerenza con il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998 – 2000" che, negli interventi da compiere, per quanto riguarda l'età evolutiva, prevede espressamente " comunità diurne e residenziali per adolescenti il cui contesto psicologico ed educativo garantisce trattamenti prolungati" e ne definisce l'organizzazione.
La comunità opera in continuità e in stretto collegamento con la rete dei servizi del distretto.

Il fabbisogno di queste strutture è tendenzialmente pari per le semiresidenziali a 1 ogni 500.000 abitanti e per le residenziali 1 ogni 1.500.000 abitanti per le aree metropolitane o ad alta densità di popolazione. Per le altre realtà territoriali si demanda alla programmazione regionale, tenuto conto dei programmi di integrazione tra ambito sociosanitario e socio-assistenziale localmente adottati e dell'eventuale opportunità di aggregazione di strutture semiresidenziali e residenziali anche al fine del contenimento dei costi.

Ogni comunità non dovrebbe ospitare, tendenzialmente, più di 10 ragazzi di età compresa fra i 10 e i 18 anni. Per le comunità residenziali a ciclo continuo, diurno e notturno, deve essere praticata una differenziazione, all'interno della struttura, in rapporto al sesso e all'età: ragazzi di 10-14 anni e di 15-18.

Il personale utilizzato per queste strutture, sede per sede, potrà appartenere ai ruoli laureati del Distretto o ad altra area funzionale omogenea; dovranno inoltre essere presi in considerazione i seguenti profili professionali aggiuntivi: educatori, animatori, assistenti sanitarie, assistenti sociali.

ALLEGATO 7

REQUISITI E STANDARD DI FABBISOGNO INDICATIVI PER I CONSULTORI FAMILIARI

La legge n. 34/96 prevede un consultorio familiare ogni 20.000 abitanti . Sarebbe opportuno distinguere tra zone rurali e semiurbane (1 ogni 10.000 abitanti) e zone urbane-metropolitane (1 ogni 20.000-25.000 abitanti).

Per lo svolgimento delle sue funzioni il consultorio si avvale, di norma, delle seguenti figure professionali :

- ginecologo, pediatra, psicologo, dei quali si può prevedere un impiego corrispondente al carico di lavoro determinato dalle strategie di interventi di prevenzione e dalla attività svolta per l'utenza spontanea;
- ostetrica, assistente sociale, assistente sanitario, infermiere pediatrico (vigilatrice di infanzia), infermiere (infermiere professionale);
- Devono essere previste, in qualità di consulenti, altre figure professionali quali il sociologo, il legale, il mediatore linguistico-culturale, il neuropsichiatra infantile, l'andrologo e il genetista presenti nella ASL a disposizione dei singoli consultori.

Se a livello di distretto (o per un insieme di distretti) si prevede, come è auspicabile, la presenza di servizi specialistici ambulatoriali ginecologici, pediatrici, di psicologia clinica e di psicoterapia, gli stessi operatori consultoriali potrebbero essere impegnati anche in detti servizi, per il completamento dell'orario, al fine di una migliore continuità assistenziale.
Nella rete degli ambulatori ginecologici afferenti all'organizzazione dipartimentale Aziendale, sia a livello distrettuale, sia a quello ospedaliero, dovrebbero essere previsti il servizi di colposcopia e di ecografia, disponibili alle segnalazioni provenienti dal consultorio.

Il Consultorio Familiare deve essere facilmente raggiungibile e possibilmente in sede limitrofa ai servizi sanitari e socio assistenziali del distretto, preferibilmente a pianoterra e senza barriere architettoniche, in ambienti accoglienti, nel rispetto della normativa per l'edilizia sanitaria e delle diverse esigenze della popolazione di ogni età maschile e femminile, in particolare dei bambini e degli adolescenti.

Considerate le varie afferenze e le tipologie di intervento il Distretto dovrà predisporre dei set di attrezzature adeguati per le attività specifiche e generali del consultorio e dovrà altresì identificare, ai fini della rendicontazione correlata all'attribuzione del budget di finanziamento, il centro di costo competente.

Abbreviazioni e sigle utilizzate nel testo

A.D.I. : Assistenza Domiciliare Integrata
A.F.D. : Abilitazione alle Funzioni Direttive
A.F.O. : Area Funzionale Omogenea
A.S.L. : Azienda Sanitaria Locale
C.F. : Consultorio Familiare
D.E.A. : Dipartimento Emergenza e Assistenza
D.H. : Day Hospital
D. L.vo : Decreto Legislativo
D.M. : Decreto Ministeriale
D.P. : Dipartimento della Prevenzione
D.P.R. : Decreto del Presidente della Repubblica
D.R.G. : Diagnostic Related Group
D.S.: Day Surgery
E.E.G. : Elettroencefalogramma
E.G. : Epoca Gestazionale
E.M.G. : Elettromiografia
FiO2 : Frazione inspiratoria di ossigeno
Hb : Emoglobina
Htc : Ematocrito
I.R.C.C.S. : Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
M.M.G.: Medico di medicina generale
N.P.I.: Neuropsichiatria Infantile
O2 : Ossigeno
P.A. : Pressione Arteriosa
PaO2 : Pressione parziale arteriosa di ossigeno
P.C. : Pediatria di Comunità
P.L. : Posti Letto
P.L.S. : Pediatra (Pediatra) di Libera Scelta
P.S.N. : Piano Sanitario Nazionale
P.S.R. : Piano Sanitario Regionale
PtcO2 : Pressione parziale di ossigeno transcutanea
R.N.M. Risonanza Magnetica Nucleare
SaO2 : Saturazione arteriosa di ossigeno
S.S.N. : Servizio Sanitario Nazionale
S.T.A.M.: Servizio Trasporto Assistito Materno
S.T.E.N. : Servizio Trasporto Emergenza Neonatale
T.A.C. : Tomografia Assiale Computerizzata
T.I.N. : Terapia Intensiva Neonatale
U.O. : Unità Operativa
U.O. N : Unità Operativa di Neonatologia
U.O. N-PN : Unità Operativa di Neonatologia e Patologia Neonatale
U.O. N-PN- UTIN : Unità Operativa di Neonatologia e Patologia Neonatale – Unità di Terapia Intensiva Neonatale
U.O. P-AN : Unità Operativa di Pediatria e Assistenza Neonatale
U.O.O. : Unità Operativa Ospedaliera
U.O.O.- NPIA : Unità Operativa Ospedaliera di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
U.O.T. : Unità Operativa Territoriale
U.O.T. .- NPIA : Unità Operativa Territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
U.S.L. : Unità Sanitaria Locale
U.T.I.N. Unità di Terapia Intensiva Neonatale
V.C.N. : Velocità di conduzione del nervo

00A6425

DOMENICO CORTESANI, *direttore*

FRANCESCO NOCITA, *redattore*
ALFONSO ANDRIANI, *vice redattore*

(3651399/1) Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - S.

MODALITÀ PER LA VENDITA

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni ufficiali sono in vendita al pubblico:
- **presso l'Agenzia dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato in ROMA: piazza G. Verdi, 10;**
- **presso le Librerie concessionarie indicate nelle pagine precedenti.**

Le richieste per corrispondenza devono essere inviate all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Direzione Marketing e Commerciale - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 Roma, versando l'importo, maggiorato delle spese di spedizione, a mezzo del c/c postale **n. 16716029.** Le inserzioni, come da norme riportate nella testata della parte seconda, si ricevono con pagamento anticipato, presso le agenzie in Roma e presso le librerie concessionarie.

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - 2000

Gli abbonamenti annuali hanno decorrenza dal 1° gennaio e termine al 31 dicembre 2000
i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno 2000 e dal 1° luglio al 31 dicembre 2000

PARTE PRIMA - SERIE GENERALE E SERIE SPECIALI
Ogni tipo di abbonamento comprende gli indici mensili

Tipo A - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:		
- annuale	**L.**	**508.000**
- semestrale	**L.**	**289.000**
Tipo A1 - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi:		
- annuale	**L.**	**416.000**
- semestrale	**L.**	**231.000**
Tipo A2 - Abbonamento ai supplementi ordinari contenenti i provvedimenti non legislativi:		
- annuale	**L.**	**115.500**
- semestrale	**L.**	**69.000**
Tipo B - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte costituzionale:		
- annuale	**L.**	**107.000**
- semestrale	**L.**	**70.000**
Tipo C - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti delle Comunità europee:		
- annuale	**L.**	**273.000**
- semestrale	**L.**	**150.000**
Tipo D - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata alle leggi ed ai regolamenti regionali:		
- annuale	**L.**	**106.000**
- semestrale	**L.**	**68.000**
Tipo E - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:		
- annuale	**L.**	**267.000**
- semestrale	**L.**	**145.000**
Tipo F - *Completo.* Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi e non legislativi ed ai fascicoli delle quattro serie speciali (ex tipo F):		
- annuale	**L.**	**1.097.000**
- semestrale	**L.**	**593.000**
Tipo F1 - Abbonamento ai fascicoli della serie generale inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi ed ai fascicoli delle quattro serie speciali (escluso il tipo A2):		
- annuale	**L.**	**982.000**
- semestrale	**L.**	**520.000**

Integrando con la somma di **L. 150.000** *il versamento relativo al tipo di abbonamento della* Gazzetta Ufficiale - *parte prima - prescelto, si riceverà anche l'Indice repertorio annuale cronologico per materie 1999.*

Prezzo di vendita di un fascicolo separato della *serie generale*	**L.**	**1.500**
Prezzo di vendita di un fascicolo separato delle *serie speciali I, II e III*, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**
Prezzo di vendita di un fascicolo della *IV serie speciale «Concorsi ed esami»*	**L.**	**2.800**
Prezzo di vendita di un fascicolo *indici mensili,* ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**
Supplementi ordinari per la vendita a fascicoli separati, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**
Supplementi straordinari per la vendita a fascicoli, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**

Supplemento straordinario «Bollettino delle estrazioni»

Abbonamento annuale	**L.**	**162.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.500**

Supplemento straordinario «Conto riassuntivo del Tesoro»

Abbonamento annuale	**L.**	**105.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo separato	**L.**	**8.000**

Gazzetta Ufficiale su MICROFICHES - 2000
(Serie generale - Supplementi ordinari - Serie speciali)

Abbonamento annuo (52 spedizioni raccomandate settimanali)	**L.**	**1.300.000**
Vendita singola: ogni microfiches contiene fino a 96 pagine di Gazzetta Ufficiale	**L.**	**1.500**
Contributo spese per imballaggio e spedizione raccomandata (da 1 a 10 microfiches)	**L.**	**4.000**

N.B. — Per l'estero i suddetti prezzi sono aumentati del 30%.

PARTE SECONDA - INSERZIONI

Abbonamento annuale	**L.**	**474.000**
Abbonamento semestrale	**L.**	**283.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione	**L.**	**1.550**

I prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, per l'estero, *nonché quelli di vendita dei fascicoli delle* annate arretrate, *compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, sono* raddoppiati.

L'importo degli abbonamenti deve essere versato sul c/c postale **n. 16716029** intestato all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. L'invio dei fascicoli disguidati, che devono essere richiesti entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione dei dati riportati sulla relativa fascetta di abbonamento.

Per informazioni, prenotazioni o reclami attinenti agli abbonamenti oppure alla vendita della *Gazzetta Ufficiale* bisogna rivolgersi direttamente all'Amministrazione, presso l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 ROMA

Ufficio abbonamenti	Vendita pubblicazioni	Ufficio inserzioni	Numero verde
☎ 06 85082149/85082221	☎ 06 85082150/85082276	☎ 06 85082146/85082189	☎ 800-864035

L. 9.000